

Servicios de rehabilitación – información del paciente

Fecha: _____ Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Nombre legal Segundo nombre Apellido

Persona que lleno este formulario: _____ Parentesco al paciente: _____

Durante la primera visita, hablaremos sobre sus respuestas a este formulario. Esto nos ayuda a decidir qué pruebas/procedimientos necesitamos hacer. Sus comentarios son muy importantes. De ser posible, por favor complete esta información en casa y tráigala con usted a su primera sesión.

De antemano le agradecemos su información.

Por favor traiga su referencia junto con la información de su seguro médico a la primera visita.

Por favor háganos antes de su cita si tiene cualquier pregunta o preocupación.

**Cook Children's
Medical Center
682-885-7660**

**Cook Children's
South Rehab Clinic
682-885-4063**

**Cook Children's
Child Study Center
682-885-2190**

**Cook Children's
Mansfield Rehab
682-885-2200**

**Cook Children's
Northeast Rehab
817-346-2955**

Sus peticiones y pensamientos:

¿Cuál es la razón de esta visita de terapia? Por favor anote los problemas o comportamientos específicos. _____

¿Qué espera lograr con la terapia? _____

Por favor anote las costumbres, creencias religiosas o deseos que debemos saber: _____

Durante el tratamiento, le daremos instrucciones para practicar actividades en la casa. ¿Tiene usted una manera preferida de aprender información nueva? ☐ Imágenes/fotos ☐ Escrito ☐ Demostración ☐ No tiene preferencia

Por favor anote cualquier otra preocupación que le gustaría dejarnos saber: _____

Historial del nacimiento:

☐ Si ☐ No ¿El paciente nació después de un embarazo de término completo?
Si no, ¿qué tan temprano? _____ ¿Cuánto peso cuando nació? _____

☐ Si ☐ No ¿Hubo complicaciones durante el embarazo o parto?
Si sí, por favor explique. _____

☐ Si ☐ No ¿El paciente se quedo en el hospital por más de dos días?
¿Por qué? _____

☐ Si ☐ No ¿El paciente requirió ventilación mecánica u oxígeno?
¿Cualquier otra cosa que nos quiera dejar saber sobre el nacimiento del paciente? _____

CookChildren's

Servicios de rehabilitación – información del paciente

Información médica:

¿El paciente es alérgico a cualquier medicamento o comida? Por favor anote: _____

¿Quién es el doctor primario del paciente? _____

Actualmente qué medicamentos recetados está tomando el paciente: _____

Por favor anote a los demás doctores (especialistas) que tratan al paciente: _____

¿Qué condiciones médicas tiene el paciente? _____

¿Existen ciertas precauciones que debamos saber? _____

Por favor anote las hospitalizaciones y cirugías del paciente (junto con la fecha aproximada): _____

☐ Si ☐ No ¿El paciente tiene las vacunas al día?

☐ Si ☐ No ¿El paciente usa cualquier equipo especial?

Si sí, por favor describa: _____

Información del desarrollo:

☐ Si ☐ No ¿Piensa que el paciente ve bien?

☐ Si ☐ No ¿Piensa que el paciente oye bien?

☐ Si ☐ No ¿El paciente tiene infecciones de oído frecuentes?

☐ Si ☐ No ¿Le han evaluado el sentido del oír? ¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____

Resultados: _____

☐ Si ☐ No ¿Le han examinado la vista?

☐ Si ☐ No ¿El paciente tiene problemas para comer o tragar/deglutir?

Si sí, explique: _____

¿Actualmente qué comidas come el paciente? ☐ Leche materna ☐ Biberón ☐ Comida de bebé enlatada ☐ Bocadillos ☐ Comida de mesa

☐ Si ☐ No ¿Cualquier comida que el paciente rechace?

Anote: _____

☐ Si ☐ No ¿El paciente es platicador?

La conversación del paciente es entendida por:

Padres ☐ Si ☐ No

Hermanos ☐ Si ☐ No

Compañeros ☐ Si ☐ No

Extraños ☐ Si ☐ No

☐ Si ☐ No ¿El paciente puede usar las manos y los brazos bien?

Si no, explique: _____

Anote la edad a la cual empezó a:

Darse la vuelta: _____

Dijo primeras palabras: _____

Sentarse solo: _____

Dijo dos palabras juntas: _____

Gatear: _____

Camino solo: _____

Por favor anote cualquier problema que usted ha notado con sus habilidades motoras o del desarrollo: _____

CookChildren's

Servicios de rehabilitación – información del paciente

Habilidades de interacción del paciente:

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Juega bien con los demás? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Tiene comportamientos agresivos? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Tiene problemas para poner atención? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Tiene dificultad para dejar de hacer una actividad y empezar otra? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Repite una actividad una y otra vez? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Sigue las instrucciones/direcciones bien? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Usa usted cualquier técnica específica para controlar su comportamiento en casa? |

Si sí, por favor explique: _____

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿El paciente va a la escuela? |
|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|

Si sí, por favor marque uno: ☐ Guardería ☐ Pre kínder ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Preparatoria

Si sí, por favor conteste las siguientes tres preguntas:

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿El paciente tiene problemas para leer o deletrear? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿El paciente tiene problemas para escribir? |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿El paciente recibe servicios de educación especial? |

Por favor explique/describa: _____

Otras terapias:

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿Actualmente el paciente está recibiendo servicios de terapia? |
|-----------------------------|-----------------------------|--|

Si sí, ¿qué tipo de terapia y en dónde los recibe? _____

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | ¿El paciente ha recibido terapia en el pasado? _____ |
|-----------------------------|-----------------------------|--|

Si sí, ¿qué tipo de terapia y en dónde la recibió? _____

¿Cuándo fue la última visita de terapia? _____

Gracias por su información.

CookChildren's