

Programa de Desarrollo Infantil
(Para pacientes egresados de la unidad de cuidados intensivos neonatales)

Cuestionario de Seguimiento del Paciente

Fecha _____

Padre/Tutor:	Fecha de la cita:
Nombre del Paciente:	Fecha de Nacimiento:

¿Se le ha diagnosticado a su hijo desde la última consulta alguna enfermedad, ha sido hospitalizado u operado?

¿Comenzó su hijo a tomar recientemente algún medicamento nuevo?

¿Ha habido cambios en su historia familiar o en su hogar?

¿A qué escuela va su hijo actualmente?

¿Se le han hecho a su hijo pruebas o análisis de laboratorio recientemente?

¿Esta su hijo recibiendo terapias actualmente? Sí No (si responde sí, que tipo de terapias, donde y con qué frecuencia.)

Terapia del habla _____

Terapia ocupacional _____

Terapia física _____

Terapia de alimentación _____

Terapia del comportamiento _____

Otras terapias _____

¿Se le ha hecho a su hijo alguna evaluación en los últimos 6 meses? Sí No

¿Por quién?: ECI (programa de intervención temprana en la infancia) Terapia física Terapia ocupacional
 Terapia del habla Terapia del comportamiento En la escuela

¿Trajo usted copias de todos los informes? Sí No **(Si los trajo, por favor, déselos al asistente del médico.)**

¿Está usted contento con las terapias actuales y el progreso logrado hasta ahora? Sí No

Si no está, por favor, marque sus preocupaciones: Falta de progreso Frecuencia insuficiente Se necesitan más terapias Está recibiendo demasiadas terapias Otras (Por favor, explique)

Por favor, complete el reverso del formulario

Programa de Desarrollo Infantil

(Para pacientes egresados de la unidad de cuidados intensivos neonatales)

Cuestionario de Seguimiento del Paciente

Fecha _____

¿Qué preocupaciones tiene usted hoy con respecto a su hijo?

¿Tiene su hijo alguno de los siguientes síntomas? **(Marque NO, SI NO TIENE Síntomas)**

- | | | |
|-------------------------|-----------------------------|--|
| General | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Se enferma con frecuencia <input type="checkbox"/> Crecimiento pobre <input type="checkbox"/> Fiebres frecuentes
<input type="checkbox"/> Disminución del nivel de energía |
| Ojos | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Problemas de visión <input type="checkbox"/> Estrabismo (Bizquera) |
| Garganta, nariz y oídos | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Síntomas de Alergia <input type="checkbox"/> Infecciones del oído <input type="checkbox"/> Infecciones de la garganta
<input type="checkbox"/> Problemas de audición <input type="checkbox"/> Problemas de la voz |
| Corazón | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho <input type="checkbox"/> Suda cuando está comiendo <input type="checkbox"/> Se pone morado <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco |
| Respiratorio | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Sibilantes <input type="checkbox"/> Falta de aire |
| Digestivo | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/> Aumento de peso <input type="checkbox"/> disminución del apetito <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vómitos
<input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Arqueadas/Se atraganta
<input type="checkbox"/> Regurgitaciones frecuentes <input type="checkbox"/> Se hace popo en la ropa |
| Genitourinario | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Infecciones urinarias <input type="checkbox"/> Hernias <input type="checkbox"/> Orina con frecuencia
<input type="checkbox"/> Se orina durante el día <input type="checkbox"/> Se orina en la cama |
| Piel | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Manchas de nacimiento <input type="checkbox"/> Erupción <input type="checkbox"/> Picazón <input type="checkbox"/> Eccema |
| Neurológico | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Movimientos anormales
<input type="checkbox"/> Episodios de mirada |
| Hematológico | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Moretones <input type="checkbox"/> Sangramiento por la nariz <input type="checkbox"/> Sangramiento de las encías |
| Patrón de Sueño | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Ronca <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para dormir <input type="checkbox"/> Se despierta en la noche
<input type="checkbox"/> Se despierta muy temprano <input type="checkbox"/> Pesadillas/ Terrors nocturnos <input type="checkbox"/> Sonambulismo |
| Conducta | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Movimientos de balanceo <input type="checkbox"/> Aleteo de manos <input type="checkbox"/> Se golpea la cabeza
<input type="checkbox"/> Camina de puntillas <input type="checkbox"/> Movimientos constantes <input type="checkbox"/> Se mete objetos en la boca |

Por favor, anote todos los especialistas que han visto a su hijo, las razones y cuándo fue la última cita:

Oftalmología: _____	Ortopedia: _____
Nariz, garganta y oídos: _____	Urología: _____
Gastroenterología: _____	Neurocirugía: _____
Neurología: _____	Endocrinología: _____
Genética: _____	Cardiología: _____
Neumología: _____	Cráneo facial: _____
Cirugía: _____	Otras: _____

Revisado con el paciente y la familia _____

Dr. Siv Fasci/Iniciales/Fecha