

Servicios Pediátricos Especializados - Programa de Desarrollo Infantil
5339 N Interstate 35 Frontage Rd. Suite #100
Austin, TX 78723
Office Phone 512-324-0098
Fax 512-380-4274

Objetivo

El Programa de pediatría del desarrollo realiza evaluaciones diagnósticas, supervisión del desarrollo y seguimiento médico en niños con trastornos del habla y el lenguaje, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD, por su siglas en ingles). Utilizamos pruebas diagnósticas estandarizadas para evaluar acontecimientos importantes del desarrollo, y los niños son atendidos usando un modelo medico para satisfacer las necesidades de su desarrollo. Nosotros NO realizamos evaluaciones a niños mayores de 5 años de edad.

Ubicación:

Estamos ubicados en el edificio de Specially For Children sobre Interestatal 35 al norté entre medió de Auto Zone y Walgreens.

Programación de citas/Información de contacto:

Para citas y preguntas generals relacionadas con el programa, llame as 512-324-40098. En el caso de pacientes nuevos, se requiere una remisión del médico de cabecera, explicando las razones de la remisión o consulta. Los formularios para patients nuevos están disponibles en el sitio de internet www.speciallyforchildren.com. Seleccione la pestaña de Specially (especialidad), vaya a Developmental Pediatrics (pediatría del desarrollo) y seleccione Patient Forms (formularios para pacientes). Le pedimos que llene los formularios y obtenga una autorización de su compañía de seguro medico antes de programar la primera cita. Le recomendamos que contacte a su compañía de seguro para verificar sus beneficios. El formulario de nuevo patient puede se enviadó por email namendoza@seton.org

Miembros del equipo

Pediatra especilaista en comportamiento y desarrollo infantil
Enfermera especialista pediátrica
Residentes de pediatría
Enfermera
Terapeuta fisico
Tepapeuta ocupacional
Terapeuta del habla

La evaluación:

Las evaluaciones se realizan generalmente en 2 o 3 consultas. La primera consulta será una consulta inicial con el pediatra especialista en comportamiento y desarrollo infantil o la enfermera especialista, quienes revisarán los antecedentes médicos y del desarrollo del niño, y realizarán un examen fisico detallao y pruebas para evaluar el desarrollo. Algunos niños serán remitidos a un terapeuta del habla, ocupacional or fisico, y/o a otros miembros de nuestro equipo, para realizar otras pruebas y/o evaluaciones. Los resultados de las pruebas, así como las recomendaciones de tratamiento, son discutidos con los padres en una consulta de seguimiento.

Que debe traer:

Una foto de su hijo en su entorno "habitual" (por favor, asegúrese de que su hijo sea el único en la foto). Las consultas pueden durar de 1 a 2 horas, así que traiga los juguetes favoritos de su hijo, refrigerios y cualesquiera objetos que lo puedan ayudar a sentirse más cómodo durante la consulta. Debe traer la documentación sobre terapias recibidas en otros centros y los expedients escolares y medicos del niño a la consulta, y enviarlos por fax a 512-380-4274, ANTES del dia de la consulta.

NOMBRE DEL NIÑO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____

PERSONA RELLENANDO FORMULARIO: _____ FECHA: _____

NOMBRE DEL PEDIATRA DEL NIÑO: _____

Página 1 of _____

APUNTE LAS PREOCUPACIONES QUE TIENE SOBRE LA SALUD, EL DESARROLLO Y EL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO: si se ocupa, por favor use el espacio proporcionado en la última página

Por favor comparta qué es lo que espera ganar de esta visita:

EMBARAZO Y PARTO si se ocupa, por favor use el espacio proporcionado en la última página

El niño es suyo por: nacimiento adopción hijastro otro: _____

Lugar de nacimiento _____ Problemas médicos durante el embarazo ninguno otro: _____

El parto fue vaginal cesaría ¿Si fue cesárea, por que? _____

Peso de nacimiento: _____ Cuánto midió: _____ índice de APGAR (si lo sabe) 1 min. _____ 5 min. _____

Favor de indicar los problemas médicos que tuvo el bebé durante el periodo de recién nacido **ninguno**

¿Si nació prematuro, a los cuántos meses nació? _____ Otros problemas: _____

NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN si ocupa, por favor use el espacio proporcionando en la última página

¿Cómo alimento al bebé? con biberón amamantó ¿por cuánto tiempo? _____

Consumo de leche ahora: Tipo leche de vaca (descremada 1% grasa 2% grasa leche entera)

leche de soya leche de arroz

Promedio de onzas al día (Nota: 8 onzas están en 1 taza) _____ usa biberón usa una taza

Consumo de jugo: ninguno promedio de onzas al día _____

¿Lleva dieta especial? **No** **Sí** Si es que sí, favor de explicar: _____

¿Ha tenido problemas alimenticias/dietéticas su hijo? **No** **Sí** Si es que sí, favor de explicar: _____

Dormir si ocupa, por favor use el espacio proporcionado en la última página

Hora de dormir _____ Horas por noche _____ Siestas (número y duración) _____

¿Problemas al dormir? _____

DESARROLLO si ocupa, favor de usar el espacio proporcionado en la última página

¿A qué edad pudo su niño: sentarse solo _____ caminar solo _____ decir palabras _____ de dejar de usar pañales

¿Si tiene preocupaciones sobre el desarrollo de su hijo, qué edad tenía el niño cuando le noto algo? _____

INMUNIZACIONES/ENFERMEDADES INFECCIOSAS: Favor de traer la carta de vacunas a la cita

Su hijo a tenido: varicela sarampión paperas rubéola meningitis tuberculosis (TB)

ALERGIAS A MEDICINAS: ninguna otro _____

MEDICINAS/VITAMINAS: ninguna otro _____

HISTORIA DENTAL: ¿Ha visto a un dentista el niño? No Sí -de qué tan seguido _____ Última visita _____

EXPOSICIONES/HABITOS ¿Exposición a plomo? (casa vieja/plomería/pintura desconchada) No Sí
 ¿Es expuesto el niño a humo? No Sí
 Televisión—horas al día _____ Computadora—horas al día _____ Juegos de video—horas al día _____

HISTORIA MÉDICA PASADA: Favor de anotar todos los problemas médicos y las fechas de comienzo si se ocupa, favor de usar el espacio proporcionado en la última página

Hospitalizaciones/Operaciones/Accidentes graves/Lesiones a la cabeza/Conmoción cerebral/Pérdida de conocimiento (incluya las fechas): _____

ANAMNESIS SISTEMÁTICA: FAVOR DE ANOTAR SÍNTOMAS ADICIONALES EN LOS CUADROS VACÍOS
 Marque esta casilla si el niño no tiene NINGUN problema

General	Músculos / Articulaciones / Huesos	Neurológico
<input type="checkbox"/> Fiebres <input type="checkbox"/> escalofríos <input type="checkbox"/> sudor excesivo	<input type="checkbox"/> Dolores musculares <input type="checkbox"/> molestias articulares	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza
<input type="checkbox"/> Pérdida de peso inexplicable o <input type="checkbox"/> aumento	<input type="checkbox"/> Molestias en las piernas	<input type="checkbox"/> Debilidad
Oídos / Nariz / Garganta	Alergias	<input type="checkbox"/> Torpeza
<input type="checkbox"/> Voz demasiado alta <input type="checkbox"/> dificultad al oír	<input type="checkbox"/> Fiebre del heno <input type="checkbox"/> Comezón en los ojos	<input type="checkbox"/> Episodios de fijación de la mirada <input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> Respiración por la boca <input type="checkbox"/> ronquidos	Piel	Emocional / Comportamiento
<input type="checkbox"/> Mal aliento	<input type="checkbox"/> Erupciones cutáneas	<input type="checkbox"/> Problemas del habla
<input type="checkbox"/> Goteo o congestión nasal	<input type="checkbox"/> Manchas	<input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> estrés
<input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes del oído	<input type="checkbox"/> Marcas de nacimiento	<input type="checkbox"/> Problemas al dormir <input type="checkbox"/> pesadillas
<input type="checkbox"/> Problemas con los dientes/encías	Sangre / Glándulas	<input type="checkbox"/> Depresión
Ojos	<input type="checkbox"/> Bultos inexplicables	<input type="checkbox"/> se muerde las uñas <input type="checkbox"/> se chupa el dedo
<input type="checkbox"/> Estrabismo <input type="checkbox"/> ojos "cruzados"	<input type="checkbox"/> Moretes fáciles <input type="checkbox"/> Sangrado	<input type="checkbox"/> Mal humor <input type="checkbox"/> Contiene la respiración
Respiración	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Celos
<input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> resollar	Genitourinario	<input type="checkbox"/> Habla demasiado
Corazón	<input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria nocturna	<input type="checkbox"/> Siempre está en marcha
<input type="checkbox"/> Cansancio fácil al: esforzarse/alimentarse	<input type="checkbox"/> Dolor al orinarse	<input type="checkbox"/> Atención disminuida por su edad
<input type="checkbox"/> Falta de aire	<input type="checkbox"/> Cambio en olor/color de la orina	
Organismo Digestivo	<input type="checkbox"/> Desecho: del pene o vaginal	
<input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> vómito <input type="checkbox"/> diarrea		
<input type="checkbox"/> Estreñimiento		
<input type="checkbox"/> Sangre en la materia fecal		

ANTECEDENTES FAMILIARES: Favor de usar las iniciales abajo para indicar si alguien tiene/ha tenido la condición

M-Mamá P-Papá HO-Hermano TAM-Tía materna TAP-Tía paterna
 AAM-Abuela materna AOP-Abuela paterna HA-Hermana TOM-Tío materno TOP- Tío
 AOM-Abuelo materno AOP-Abuelo paterno PM-Primo materno PP-Primo paterno

Enfermedad genética _____ Enfermedad del riñón _____ Depresión / Ansiedad _____
 Defectos de nacimiento _____ Cardiopatía/aplopeja antes de los 60 años _____ Alcoholismo/uso de drogas _____
 Prematuro _____ Presión sanguínea alta _____ Enfermedad de tiroides _____
 Abortos espontáneos _____ Sangrado /problemas de coagulación _____ Convulsiones / Tics _____
 Problemas al leer _____ Asma /Fiebre del heno /Eczema _____ Trastorno por Déficit de
 Atención e Hiperactividad (problemas de atención) _____
 Problemas de aprendizaje _____ Cáncer / Diabetes _____ Pérdida de audición / visión _____

ANTECEDENTES SOCIALES:

¿Quién vive en casa?

Nombre _____ Edad _____ Relación _____ Mayor nivel de educación _____

Los padres son: casados no casados separados—desde: _____ divorciados—desde: _____

Empleo de los padres: Madre _____ Padre _____

¿Hay violencia en casa? No Sí Hay pistolas en casa? No Sí

¿Quién cuida a los niños? padres otros (especifique quién y por cuántas horas al día)

Si el niño tiene los suficientes años para participar en algún deporte o actividad extracurricular, favor de anotarlos: _____

ANTECEDENTES SOCIALES Y CONDUCTUALES

Su niño es/fue :	Durante los primeros 12 meses		Ahora	
	Sí	No	Sí	No
Padece de cólico			N/A	
Difícil de alimentar				
Difícil en dormir				
Difícil de poner en un horario				
Alerto				
Fácil de consolar				
Cariñoso				
Difícil de mantener ocupado				
Feliz				
Hiperactivo, se mueve constantemente				
Muy terco				
Irritable				
Sociable				

¿Atiende/ha atendido el niño a terapia ocupacional, física o del habla? No Sí cuál _____

Por cada año escolar que ha hecho el niño, empezando con la educación preescolar, por favor díganos a cual escuela fue y si tuvo problemas de aprendizaje/comportamiento.

Escuela **Edad o año** **Clases especiales** **Problemas de aprendizaje/ comportamiento**

Preocupación de ejecución escolar ahora? N/A No Sí _____

Preocupación en las relaciones con: Maestras N/A No Sí _____

Estudiantes N/A No Sí _____

¿Si el niño tiene más de 4 años de edad, tiene un amigo predilecto? No Sí

Continuación de ANTECEDENTES CONDUCTUALES

¿Qué le anima a pedir una evaluación del comportamiento del niño *a esta hora*?

¿Cómo ha tratado de controlar el comportamiento del niño, especialmente cuando es problemático para Ud.?

¿Qué pasos toma cuando el niño se comporta mal o es disruptivo?

¿Si estos métodos no le funcionan y el mal comportamiento continua, qué hace usted para sobrellevar el comportamiento del niño? _____

¿Son consistentes usted y su marido (o pareja) en controlar el comportamiento del niño? **No** **Sí**
Si es que no, favor de explicar:

¿Las creencias sobre la disciplina que tiene usted son parecidas a las de su marido o pareja? **No** **Sí** Si es que no, favor de explicar:

¿Qué cualidades tiene el niño que le gustan en especial? _____

¿Qué considera ser los mejores o los más fuertes puntos del niño? _____

¿Le han hecho una evaluación al niño del desarrollo, comportamiento o aprendizaje anteriormente? No Sí

¿Si es que sí, cuándo se la hicieron, quién se la hizo, que tipo de evaluación era y que resultados le dieron sobre la evaluación?

¿Ha visto o ha sido el niño tratado por un neurólogo? No Sí

¿Si es que sí, cuándo vio al neurólogo, cómo se llama, qué pruebas le hicieron (electroencefalogramas, gammagrafías cerebrales), y qué medicinas le recetaron?

¿Ha recibido tratamiento psiquiátrico o psicológico el niño? No Sí

¿Si es que sí, que tipo de tratamiento recibió y por cuánto tiempo duro el tratamiento? ¿Quién le proporciono el tratamiento al niño?

¿Ha recibido *medicamentos* por sus problemas emocionales o de comportamiento? No Sí

¿Si es que sí, quién fue el doctor, qué tipo de medicina tomó, a qué dosis y por cuánto tiempo?
