



**Centro de Neurociencia de *Dell Children's Hospital* - Programa del Desarrollo**  
**6811 Austin Center Blvd Suite #400, Austin 78731**  
**Para solicitar citas, llame al 512-628-1852**

**Propósito**

El Programa de Desarrollo Pediátrico, que forma parte del Centro de Neurociencia de *Dell Children's Hospital*, realiza evaluaciones diagnósticas de autismo, retraso del desarrollo, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés) y seguimientos para bebés y niños que están en riesgo de tener un retraso del desarrollo debido a nacimiento prematuro u otros sucesos perinatales. Se utilizan pruebas estandarizadas para evaluar hitos del desarrollo, y los niños son tratados usando un modelo médico para satisfacer las necesidades de su desarrollo. NO hacemos evaluaciones cognitivas a niños mayores de 5 años de edad. Los informes diagnósticos y las recomendaciones de tratamiento son enviados al médico primario y a las agencias adecuadas para el tratamiento.

**Ubicación/Programación de citas/Teléfonos:**

Estamos ubicados en el nuevo edificio de *Seton Family of Doctors* cerca de la esquina de Far West y Mopac, al lado de *Austin Regional Clinic*. Las citas son programadas a través de *Child Neurology Clinic*. Para solicitar una cita, llame al 512-628-1852. Los padres pueden conseguir una orden de remisión mediante su médico de cabecera. Para preguntas generales sobre el programa, puede llamar al 512-609-9564 y hablar con Cris Gonzalez, LCSW, trabajadora social.

**Miembros del equipo**

Pediatra del desarrollo y comportamiento  
Enfermera especialista en pediatría  
Fisioterapeuta  
Terapeuta ocupacional  
Terapeuta del habla  
Trabajadora social

**La evaluación:**

Las evaluaciones generalmente llevan de 2 a 3 consultas. No aconsejamos citas para los hermanos el mismo día. Debido a la duración de las evaluaciones, la mayoría de los niños no tienen la capacidad de atención ni la tolerancia a la frustración para soportar consultas consecutivas. La primera cita será una consulta inicial con la pediatra o la enfermera especialista en el desarrollo, quien revisará los antecedentes médicos y del desarrollo, además de que llevará a cabo un examen físico y una evaluación del desarrollo exhaustivos. Algunos niños serán remitidos a un terapeuta del habla, ocupacional o fisioterapeuta, para más pruebas o evaluaciones del desarrollo exhaustivas. Las evaluaciones de los terapeutas pueden realizarse en *Children's Therapy Gym* de *Dell Children's Medical Center*. A los padres se les informa de los resultados de las evaluaciones, así como las recomendaciones de tratamiento en una cita de seguimiento con la pediatra del desarrollo. No es necesario que el niño acuda a la sesión sobre los comentarios.

**Lo que tiene que traer:**

Por favor, llene las primeras cinco páginas de los formularios de admisión sobre el desarrollo y el comportamiento y traiga una foto de su hijo en su ambiente "normal" (por favor, asegúrese de que su hijo sea el *único* en la foto). Las consultas pueden durar 1 a 2 horas, así que traiga los juguetes preferidos de su hijo, refrigerios y cualesquiera objetos que lo ayuden a estar más cómodo en la consulta. El formulario de admisión, los expedientes de terapias fuera de Seton y los expedientes educativos o médicos deben enviarse por fax al 512-628-1851 ANTES del día de la cita.

**Seguro médico:**

Le aconsejamos que se comunique con su compañía de seguro para verificar sus beneficios. Por favor, tome en cuenta que las evaluaciones para terapia en el *Dell Children's Medical Center* pueden estar sujetas al pago de un deducible. Si usted tiene preguntas o inquietudes sobre las evaluaciones en *Children's Therapy Gym*, por favor, comuníquese a *Specialty Care Center* al 512.324.0137.

4900 Mueller Boulevard • Austin, Texas 78723 • (512) 324-0000 • [www.dellchildrens.net](http://www.dellchildrens.net)

**Our mission** inspires us to care for and improve the health of those we serve with a special concern for the sick and the poor.  
We are called to Service of the Poor, Reverence, Integrity, Wisdom, Creativity and Dedication.

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
<b>Oídos / Nariz / Garganta</b>	<b>Alergias</b>	<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	<b>Piel</b>	<b>Emocional / Comportamiento</b>
<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	<b>Sangre / Glándulas</b>	<input type="checkbox"/> Depresión
<b>Ojos</b>	<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
<b>Respiración</b>	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Celos
<input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> resollar	<b>Genitourinario</b>	<input type="checkbox"/> Habla demasiado
<b>Corazón</b>	<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	
<b>Organismo Digestivo</b>	<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/aplopejia 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.

<u>Escuela</u>	<u>Edad o año</u>	<u>Clases especiales</u>	<u>Problemas de aprendizaje/ comportamiento</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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 la animo 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?

---

---

---

---

---

---

