

# Lucile Salter Packard Children's Hospital

STANFORD UNIVERSITY MEDICAL CENTER  
725 Welch Road Palo Alto, CA 94304



CLINIC VISITS • DEVELOPMENTAL AND BEHAVIORAL PEDIATRICS •  
DEVELOPMENTAL INATAKE QUESTIONNAIRE  
PROGRAMA PEDIÁTRICO DEL DESARROLLO Y CONDUCTA  
CUESTIONARIO DE INGRESO

Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label

NOMBRE DE LA PERSONA QUE  
COMPLETÓ EL CUESTIONARIO: \_\_\_\_\_  
FECHA QUE COMPLETÓ: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Office use only*

Date DBP Received Quest: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Medical Record \_\_\_\_\_

## I. INFORME GENERAL

<b>NOMBRE DEL PACIENTE:</b>	<b>Apellido:</b>	<b>Nombre:</b>	
<b>Fecha de nacimiento:</b>	/ /	<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Niña
<b>Nombre y fecha de nacimiento de la madre</b>		/ /	
<b>Nombre y fecha de nacimiento del padre</b>		/ /	
<b>Domicilio completo:</b>			
<b>Teléfono del hogar, números alternativos:</b>			
<b>Domicilio alternativo completo y teléfono (del padre o de la madre, especifique):</b>			
<b>Idioma que domina el paciente:</b>			
<b>Idioma que domina la familia:</b>			

<b>NOMBRE DEL PEDIATRA:</b>	
<b>Dirección completa y teléfono del consultorio:</b>	
<b>Nombre de otros médicos que atienden al paciente:</b>	
<b>Nombre de otros profesionales que brindan servicios al paciente:</b>	

<b>NOMBRE DEL SEGURO MÉDICO PRINCIPAL:</b>	
<b>Dirección completa y teléfono (para que nosotros verifiquemos sus datos):</b>	
<b>Nombre del Suscriptor:</b>	
<b>Número de Identificación:</b>	
<b>Número del Grupo:</b>	
<b>Compañía de Trabajo y Ciudad:</b>	
<b>Nombre del segundo seguro médico:</b>	

<b>NOMBRE DE LA ESCUELA O PROGRAMA:</b>	
<b>Dirección completa y teléfono:</b>	
<b>Nombre completo y teléfono con quien podemos comunicarnos:</b>	

**Lucile Salter Packard Children's Hospital**

STANFORD UNIVERSITY MEDICAL CENTER  
725 Welch Road Palo Alto, CA 94304

Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label

CLINIC VISITS • DEVELOPMENTAL AND BEHAVIORAL PEDIATRICS •  
DEVELOPMENTAL INATAKE QUESTIONNAIRE

PROGRAMA PEDIÁTRICO DEL DESARROLLO Y CONDUCTA  
CUESTIONARIO DE INGRESO

Page 2 of 7

**II. PREOCUPACIONES**

¿Qué desea usted lograr en esta visita? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Problema principal:** Por favor, describa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿A qué edad comenzó el problema? \_\_\_\_\_

¿Qué ha hecho usted hasta la fecha respecto al problema? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Problema 2:** Por favor, describa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿A qué edad comenzó el problema? \_\_\_\_\_

¿Qué ha hecho hasta la fecha respecto al problema? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Problema adicional 3:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿A qué edad comenzó el problema? \_\_\_\_\_

¿Qué ha hecho hasta la fecha respecto al problema? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**III. FUNCIONAMIENTO ACTUAL**

¿Cuáles son los intereses o las actividades favoritas de su niño? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuáles son los puntos fuertes de su niño? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cómo describiría la capacidad de su niño para aprender y usar información, tal como, letras y números?

\_\_\_\_\_

¿Para hacer varias tareas y obligaciones, incluso situaciones tensas o frustrantes?

\_\_\_\_\_

¿Para comunicarse verbalmente, por señas y por escrito?

\_\_\_\_\_

¿Para moverse alrededor y manipular objetos?

**Lucile Salter Packard Children's Hospital**

STANFORD UNIVERSITY MEDICAL CENTER  
725 Welch Road Palo Alto, CA 94304

Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label

CLINIC VISITS • DEVELOPMENTAL AND BEHAVIORAL PEDIATRICS •  
DEVELOPMENTAL INATAKE QUESTIONNAIRE

PROGRAMA PEDIÁTRICO DEL DESARROLLO Y CONDUCTA  
CUESTIONARIO DE INGRESO

Page 3 of 7

¿Para cuidar de sí mismo, incluyendo comer, ir al baño, vestirse y acostarse a dormir?

¿Para relacionarse con los demás, incluyendo a personas desconocidas, amigos, compañeros, familiares y otros adultos?

¿Para participar en juegos?

¿Para participar en su comunidad, vida social, incluyendo grupos de juego, clases o programas?

**IV. INFORMACIÓN MÉDICA**

**A. Antecedentes del embarazo y el parto** (para que lo complete la madre del niño)

¿Cuántas veces ha estado embarazada? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos hijos tiene? \_\_\_\_\_

Orden de nacimiento de este niño \_\_\_\_\_ ¿Qué edad tenía Ud. cuándo nació este niño? \_\_\_\_\_

¿Gozó usted de buena salud durante su embarazo?  Sí  No. ¿No?, por favor, explique \_\_\_\_\_

¿Tuvo problemas médicos o de otro tipo durante el embarazo o el parto? ( tratamiento de fertilidad,  procedimientos requeridos,  infecciones,  exposiciones a sustancias o enfermedades raras? ¿Sí?, por favor, explique: \_\_\_\_\_

¿Le hicieron algunas de las pruebas siguientes durante el embarazo? ( ultrasonidos,  amniocentesis,  muestra de las vellosidades coriónicas,  otra) ¿Tuvo algún resultado anormal? ¿Sí?, por favor, explique: \_\_\_\_\_

¿Tomó  medicamentos recetados,  remedios herbarios,  o medicamentos que no requieren receta durante el embarazo? ¿Cuál? \_\_\_\_\_

**B. El Parto**

Nombre del hospital: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

¿Fue prematuro el bebé?  Sí  No. Si contestó Sí, ¿cuántas semanas de gestación nació? \_\_\_\_\_

¿De qué manera fue el parto?  Vaginal,  Cesárea ¿Hubieron problemas?  Sí  No. ¿Sí?, descríbalos \_\_\_\_\_

Peso natal \_\_\_\_\_ libras \_\_\_\_\_ onzas. Puntuación Apgar (si lo sabe) \_\_\_\_\_ ¿Estuvo su niño en la sala de recién nacidos de cuidados especiales o en terapia intensiva neonatal (NICU)?  Sí  No. ¿Por qué Sí? \_\_\_\_\_

**Lucile Salter Packard Children's Hospital**

STANFORD UNIVERSITY MEDICAL CENTER  
725 Welch Road Palo Alto, CA 94304

Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label

CLINIC VISITS • DEVELOPMENTAL AND BEHAVIORAL PEDIATRICS •  
DEVELOPMENTAL INATAKE QUESTIONNAIRE

PROGRAMA PEDIÁTRICO DEL DESARROLLO Y CONDUCTA  
CUESTIONARIO DE INGRESO

Page 4 of 7

¿Tuvo algún problema su niño durante los primeros días de nacido?  Sí  No. ¿Sí?, descríbalos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tuvo problemas para comer su niño de recién nacido o cuando muy pequeño?  Sí  No ¿Sí?, descríbalos.

\_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo mantuvieron al niño en el hospital antes de darle de alta? \_\_\_\_\_

**Antecedentes Médicos**

Por favor, conteste las preguntas sobre los antecedentes médicos de su niño a continuación:

¿Alguna vez su niño?	Fecha	Razón o resultado
Fue admitido de emergencia		
Estuvo hospitalizado		
Lo operaron		
Tuvo un accidente grave		
Tuvo problemas médicos crónicos		
Tuvo reacción alérgica (a alimentos, medicamentos, partículas llevadas por el aire, etc.)		
Le tomaron pruebas genéticas		
Lo atendieron en Neurología		
Le tomaron una resonancia magnética (MRI) o tomografía (CT)		
Le tomaron un electroencefalograma (EEG)		
Tuvo examen del oído		
Tuvo examen de la vista		
Tuvo otros exámenes médicos		

¿Su niño tiene las vacunas al día?  Sí  No ¿Por qué NO? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**C. Medicinas**

Su niño toma	¿Actualmente o anteriormente?	¿Qué medicina y por qué?
Medicina bajo receta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Recetada por:
Medicina que no requiere de receta, incluyendo vitaminas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Otros tratamientos biomédicos, complementarios o alternativos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Supervisado por:

**Lucile Salter Packard Children's Hospital**

STANFORD UNIVERSITY MEDICAL CENTER  
725 Welch Road Palo Alto, CA 94304

Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label

CLINIC VISITS • DEVELOPMENTAL AND BEHAVIORAL PEDIATRICS •  
DEVELOPMENTAL INATAKE QUESTIONNAIRE

PROGRAMA PEDIÁTRICO DEL DESARROLLO Y CONDUCTA  
CUESTIONARIO DE INGRESO

Page 5 of 7

**V. ANTECEDENTES SOCIOFAMILIARES**

¿Quiénes viven en la casa? \_\_\_\_\_

¿Su niño es adoptado?  Sí  No. Los padres están:  Juntos  Separados  Divorciados

Miembros de la familia	Edad	Nivel de educación	Profesión
Madre			
Padre			
Hermano 1			
Hermano 2			
Hermano 3			
Otro			
Otro			

¿Existen enfermedades o padecimientos hereditarios en la familia?  Sí  No ¿Sí? Por favor, explique: \_\_\_\_\_

¿Hay alguien en su familia inmediata o extensa que tenga o haya tenido alguno de los siguientes problemas?

	Miembro de familia
Problema de aprendizaje <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Depresión, enfermedad mental, ansiedad u otro problema nervioso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Problemas musculares <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Problemas del lenguaje o habló tarde <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Retraso mental <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Autismo o trastornos generalizados del desarrollo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**VI. ANAMNESIS SISTÉMICO**

Por favor, dibuje un círculo alrededor de los siguientes problemas que su niño pudiera tener:

La salud general, energía, cansancio	El corazón
Los ojos o la visión	El estómago o la digestión
Los oídos o la audición	La defecación o el estreñimiento
Roncar	Los riñones o la micción (orina)
La boca o los dientes	Los músculos o los huesos
Deglución o alimentación	Lesión en la cabeza o convulsiones
Respiración	Lunares o manchas de nacimiento, pecas en las axilas o en la ingle
Alergias	Hormonales
La sangre o anemia de células falsiformes	Salud Mental

**VII. ANTECEDENTES DEL DESARROLLO**

¿Qué edad tenía su niño cuándo usted empezó a inquietarse debido a su desarrollo? \_\_\_\_\_

**Lucile Salter Packard Children's Hospital**

STANFORD UNIVERSITY MEDICAL CENTER  
725 Welch Road Palo Alto, CA 94304

Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label

CLINIC VISITS • DEVELOPMENTAL AND BEHAVIORAL PEDIATRICS •  
DEVELOPMENTAL INATAKE QUESTIONNAIRE

PROGRAMA PEDIÁTRICO DEL DESARROLLO Y CONDUCTA  
CUESTIONARIO DE INGRESO

Page 6 of 7

¿Qué fue lo que le preocupó en ese momento? \_\_\_\_\_

¿Ha perdido su niño alguna de sus habilidades?  Sí  No ¿Sí? ¿Cuál? ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Cuál mano su niño prefiere usar?  Derecha.  Izquierda.  Ambas.

Por favor, escriba su comentario sobre los eventos significantes que su niño logró:

	¿Recuerda a qué edad lo logró aproximadamente?	Comentarios
Sentarse por sí solo		
Caminar		
Decir adiós con la mano		
Apuntar o señalar objetos a los demás		
Decir su primera palabra		
Combinar dos palabras		
Pretender o jugar juegos imaginarios		
Usar el baño en el día		
Escribir nombres, letras y colores		
Mostrar interés para contar		

**VIII. ANTECEDENTES PREESCOLARES O ESCOLARES:**

Por favor, escriba una lista de las preesuelas o escuelas a las que su niño ha acudido:

Nombre de la Escuela	Fechas (del principio al final)	Edad	Escenario escolar
Ejemplo: Rainbow Preschool	De Junio 2005 a Junio 2006	De 12 meses a 24 meses	Preescuela cooperativa de la comunidad

Año escolar que cursa actualmente: \_\_\_\_\_

Tipo de clase:  Aula regular  Aula especial

Número de niños en el aula: \_\_\_\_\_

Número de maestros en el aula: \_\_\_\_\_

**IX. EVALUACIONES Y SERVICIOS PREVIOS**

Por favor, indique los exámenes efectuados por psicólogos, patólogos del habla y lenguaje u otros terapeutas:

Nombre del examen	¿Con quién?	¿Dónde?	¿Cuándo?

**Lucile Salter Packard Children's Hospital**

STANFORD UNIVERSITY MEDICAL CENTER  
725 Welch Road Palo Alto, CA 94304

Medical Record Number

Patient Name

Addressograph or Label

CLINIC VISITS • DEVELOPMENTAL AND BEHAVIORAL PEDIATRICS •  
DEVELOPMENTAL INATAKE QUESTIONNAIRE

PROGRAMA PEDIÁTRICO DEL DESARROLLO Y CONDUCTA  
CUESTIONARIO DE INGRESO

Por favor, indique los servicios que su niño recibe o ha recibido anteriormente:

Tipo de servicio	Fecha del servicio	Proveedor del servicio (si lo sabe)
Intervención Temprana / IFSP		
Trabajador Social o Administrador del Caso		
Terapia del Habla y Lenguaje		
Terapia Ocupacional		
Terapia Física		
Plan de Apoyo para el Comportamiento		
Servicios psicológicos o análisis de comportamiento aplicado <input type="checkbox"/> en casa o <input type="checkbox"/> en la escuela		
Plan de Educación Individual / IEP		
Servicios para la Salud Mental		
Servicio de Salud Público		
Ayuda para el Aprendizaje (Tutor/Especialista en recursos)		Por favor, haga una lista de los cursos:
Otros servicios		Por favor, haga una lista:

¿Su niño califica o calificó para recibir servicios del Centro Regional?  Sí  No

¿Su niño califica o calificó para recibir servicios del Programa Terapia Médica de la CCS?  Sí  No

Comentarios sobre los programas educativos o de intervención de su niño: \_\_\_\_\_

¿Hay algo más que quiera comunicarnos? \_\_\_\_\_

Estimado padre de familia,

Gracias por completar este Cuestionario. Nos gustaría recomendarle que usted por favor:

✚ Guarde una copia para sus archivos

✚ Comuníquese con su seguro médico en cuanto reciba este Cuestionario para verificar si es necesario una autorización para la cita de evaluación del desarrollo del paciente

✚ Muy importante: Si usted tiene derecho legal sobre el paciente, por favor, incluya en este Cuestionario el documento legal

En espera de verlo a usted y al paciente muy pronto,  
Programa DBP

Fecha: \_\_\_\_\_

**FIRMA** (Paciente, padre, madre o representante debidamente designado)

**NOMBRE EN LETRA DE MOLDE :** \_\_\_\_\_ **PARENTESCO con el paciente** \_\_\_\_\_

DATE	TIME	Reviewed by (Signature):
		PRINT Name: _____ Credentials _____ Pager Number, if applicable _____