



5425 Lanark Road Suite 200
Center Valley, PA 18034
Phone: 484-658-5437 Fax: 833-214-7525
Email: DevPeds@sluhn.org

Formulario de Admisión Para Pacientes Nuevos

Datos Demográficos (Demographics)

Fecha: _____
Nombre legal de niño/a: _____ Edad: _____
Fecha de nacimiento: _____ Genero: _____
Lenguaje preferido: _____ Lenguaje escrito: _____ Necesita interprete? _____
Rasa: _____ Ethnicity: _____ Religión: _____
Dirección: _____
Condado: _____ Distrito Escolar: _____
Correo electrónico: 1. _____ 2. _____

Quien es el guardián legal del niño(a)?

☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro (especificar): _____

Estado Civil: ☐ Casados ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Nunca casado ☐ Viudo

Hay problemas de custodia o órdenes de protección que debemos conocer? ☐ Si ☐ No

*** En caso afirmativo, describa (se requiere copia de las órdenes judiciales):** _____

Padre/Guardián 1:

Apellido: _____ Primer nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Máximo nivel educativo alcanzado: _____

Empleado: ☐ Tiempo-Completo ☐ Tiempo Parcial ☐ Otro Empleo

Nombre de su Empleador: _____ Ocupación: _____

Padre/Guardián 2:

Apellido: _____ Primer nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Máximo nivel educativo alcanzado: _____

Empleado: ☐ Tiempo-Completo ☐ Tiempo Parcial ☐ Otro Empleo

Nombre de su Empleador: _____ Ocupación: _____

La composición familiar

Family Composition

Por favor marque aquellos con quienes vive el niño (Escriba los nombres):

Please check those with whom the child lives (Write in names):

- | | |
|---|---|
| ☐ Madre Biológica: _____ | ☐ Padre Biológico: _____ |
| ☐ Madrastra: _____ | ☐ Padrasto: _____ |
| ☐ Madre Adoptiva: _____ | ☐ Padre Adoptivo: _____ |
| ☐ Abuela: _____ | ☐ Abuelo: _____ |
| ☐ Guardian(s): _____ | ☐ Otro(s): _____ |
| ☐ Hermanos(a) (especifique: medio/completo/hermanastro y fecha de nacimiento): _____ | |

Historial médica y psiquiátrica de la familia biológica

Biological Family Medical and Psychiatric History

Alguien en la familia biológica de este niño(a) tiene:	Si	No	Relación con el niño(a)? Por favor especifique materno o paterno.
TDAH Trastorno por déficit de atención e hiperactividad <i>ADHD/ADD or Attention/hyperactivity</i>			
Abuso de alcohol / Abuso de drogas <i>Alcohol or Drug Abuse</i>			
Arritmia o problemas cardíacos antes de los 50 años. Si es así, describe. <i>Arrhythmia or heart problems before 50y</i>			
Trastorno del Espectro Autista <i>Autism Spectrum Disorder</i>			
Problemas de comportamiento o problemas con la ley <i>Behavior Problems or Trouble with the law</i>			
Defectos de nacimiento <i>Birth Defects</i>			
Retrasos en el desarrollo (caminante tardío / hablador) <i>Developmental Delays (late walker/talker)</i>			
Diabetes			
Abuso emocional/ Abuso físico/ Abuso Sexual <i>Emotional/Physical/Sexual Abuse</i>			
Diagnosticos Genético <i>Genetic Diagnosis</i>			
Discapacidad intelectual (anteriormente retraso mental) <i>Intellectual Disability (formerly mental retardation)</i>			
Pérdida de audición (o) pérdida de visión (gafas) <i>Hearing/Vision Loss (glasses)</i>			
Dificultades de aprendizaje o discapacidades de aprendizaje (lectura, escritura, matemáticas, etc.) <i>Learning Difficulties or disability (reading, writing, math, etc.)</i>			
Obesidad <i>Obesity</i>			

Trastornos de salud mental como: ansiedad, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno bipolar y esquizofrenia. Si es así, describe <i>Mental Health Disorders such as: anxiety, depression, obsessive compulsive disorder, bipolar, schizophrenia. If yes, describe</i>			
Convulsiones/Epilepsia <i>Seizures/epilepsy</i>			
Muerte súbita antes de los 50 años <i>Sudden Death before Age 50</i>			
Tics/Síndrome de Tourette <i>Tics/Tourette's Syndrome</i>			
Otras condiciones/ diagnósticos especificar <i>Other Conditions/Diagnoses</i>			

Embarazo, Parto y Antecedentes de Parto <i>Pregnancy, Labor, and Delivery History</i>			
	Si	No	Si es así, describe
Nombre del hospital (<i>Name of hospital</i>): _____ Ciudad: _____ Estado: _____			
Edad de la madre cuando el bebé nació _____ años <i>Age of mother when baby was born _____ years</i>			
El bebé nació a las _____ semanas (<i>weeks born at</i>)			
Peso de Nacimiento (<i>birth weight</i>)? _____ lbs. _____ onz			
Es este bebé gemelo o trillizo? <i>Is this baby a twin or triplet?</i>	☐	☐	
Algun problema con otros embarazos? Abortos espontáneos? <i>Any problems with other pregnancies? Miscarriages?</i>	☐	☐	
Uso fertilización in vitro o otro método de concepción? <i>Use in vitro fertilization or other method of conception?</i>	☐	☐	
Hubo algún problema durante este embarazo? <i>Were there any problems during this pregnancy?</i>	☐	☐	
Se le recetó algún medicamento durante este embarazo? <i>Were any medications prescribed during this pregnancy? Describe</i>	☐	☐	
Tuvo la madre diabetes gestacional, azúcar en la orina, presión arterial alta, toxemia o infecciones—incluido el herpes—durante este embarazo? <i>Did mother have gestational diabetes, high blood pressure, toxemia, or infections (including herpes) during this pregnancy? Gestational diabetes ?</i>	☐	☐	
Cualquier consumo de tabaco, alcohol o drogas ilícitas durante este embarazo (cerveza, vino, marihuana, cocaína etc.) <i>Any smoking, alcohol consumed, or street drugs used during pregnancy?</i>	☐	☐	
Hubo algún problema durante el parto? <i>Was there any problems during labor or delivery?</i>	☐	☐	
Parto por cesárea? <i>Cesarean delivery?</i>	☐	☐	
Hubo algún problema al nacer o como recién nacido? <i>Was there any problems at birth or as newborn</i>	☐	☐	
Se observó algún defecto congénito o lesión de nacimiento? <i>Were there any birth defects or birth injuries noted?</i>	☐	☐	

El bebé tuvo ictericia y necesitaba fototerapia? <i>Did the baby have jaundice and need phototherapy?</i>	☐	☐	
Estaba el bebé muy nervioso o letárgico cuando era recién Nacido? <i>Was the baby very jittery or lethargic as a newborn?</i>	☐	☐	
El bebé tuvo que permanecer días adicionales en el hospital? * cuantos días? _____ <i>Did the baby have to stay extra days in the hospital/NICU? *If yes, how many days?</i>	☐	☐	

Temperamento del Lactante <i>Infant Temperament</i>			
Tuvo su hijo(a) alguno de los siguientes síntomas o condiciones cuando era bebé o niño(a)? <i>As an infant/toddler did your child have any of the following?</i>			
	Si	No	Comentarios <i>Comment</i>
Dificultades para alimentarse <i>Feeding difficulties</i>	☐	☐	
Cólico prolongado o llanto excesivo <i>Prolonged colic or excessive crying</i>	☐	☐	
Irritabilidad extrema <i>Extreme irritability</i>	☐	☐	
El cuerpo laxo o flácido <i>A loose or floppy body</i>	☐	☐	
Movimiento corporal (cuerpo) excesivo; inquieto o muy activo <i>Excessive body movements (wiggly or active)</i>	☐	☐	
Fácilmente sobreestimulado <i>Easily over-stimulated</i>	☐	☐	
Era tímido o retraído <i>Was shy or withdrawn</i>	☐	☐	
Aversión a ser sostenido o abrazado <i>Disliked being held or cuddled</i>	☐	☐	

Historia de Desarrollo <i>Development History</i>		
	Edad cumplida <i>Age Accomplished</i>	Muy Joven <i>Too Young</i>
Sentado sin apoyo <i>Sat without support</i>		☐
Caminó sin apoyo <i>Walked without support</i>		☐
Primeras palabras excepto mamá/papá <i>Spoke first words except mama/dada</i>		☐
Hablo en oraciones de dos/tres palabras <i>Spoke in two-three word sentences</i>		☐
Baño entrenado durante el día <i>Toilet trained during the day</i>		☐
Seco por la noche <i>Dry at night</i>		☐
Monto un triciclo <i>Rode a tricycle</i>		☐
Capaz de vestirse por sí mismo <i>Able to dress himself</i>		☐
Capaz de atarse los zapatos <i>Able to tie shoes</i>		☐
Leer palabras simples <i>Read simple words</i>		☐

Ha experimentado alguna vez su hijo(a) una regresión en sus habilidades—es decir, la pérdida de habilidades previamente adquiridas? *Has your child ever had a regression in skills? Describe*

☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, describe:

Síntomas Médicos Actuales O Pasados

Current or Past Medical Symptoms

Ha tenido alguna vez su hijo(a), o tiene actualmente, alguno de los siguientes problemas médicos?

Has your child ever had, or do they currently have, any of the following medical problems?

	Sí	No	Comentarios/Comments
Enfermedad o infección grave <i>Serious illness or infection</i>	☐	☐	
Lesiones graves, quemaduras, fracturas, conmoción cerebral, necesidad de puntos de sutura, etc? <i>Serious injury, (burns, broken bones, concussion, needed stitches, etc)?</i>	☐	☐	
Crecimiento anormal (Demasiado Pequeño/demasiado grande)? <i>Abnormal growth (too small/too large)</i>	☐	☐	
Crisis epilépticas, episodios de mirada fija, convulsiones <i>Seizures, staring spells, convulsions</i>	☐	☐	
Dolores de cabeza, frecuentes desmayos, episodios de mareo <i>Frequent headaches/ fainting/ dizzy episodes</i>	☐	☐	
Problemas respiratorios o pulmonares <i>Respiratory or lung problems</i>	☐	☐	
Problemas cardíacos o arritmia <i>Heart problems or arrhythmias</i>	☐	☐	
Vómitos o reflujos de causa desconocida <i>Unexplained vomiting or reflux</i>	☐	☐	
Reacción inusual a las vacunas <i>Unusual reaction to immunizations</i>	☐	☐	
Están las vacunas al día <i>Are immunizations up to date</i>	☐	☐	
Problemas genéticos conocidos <i>Known genetic problems</i>	☐	☐	
Tono bajo o espasticidad; cuerpo rígido o entumecido <i>Low tone or spasticity (rigid/stiff body)</i>	☐	☐	
Marcas de nacimiento o problemas de la piel <i>Birth marks or skin problems</i>	☐	☐	
Problemas dentales o caries <i>Tooth issues or cavities</i>	☐	☐	
Dificultad para evacuar (estreñimiento, diarrea) <i>Difficulties with bowel movements (constipation, diarrhea)</i>	☐	☐	
Incontinencia urinaria diurna (moja los pantalones) <i>Daytime urinary incontinence ('wets' pants)</i>	☐	☐	
Movimientos anormales <i>Abnormal movements</i>	☐	☐	

Problemas de hormona tiroidea <i>Thyroid or hormone problems</i>	☐	☐	
Infecciones de oído frecuentes y(o) tubos <i>Frequent ear infections and/or tubes</i>	☐	☐	
Problemas de visión (gafas) <i>Trouble with vision? (eye glasses)</i>	☐	☐	
Otro diagnóstico específico/por favor explique <i>Other specific diagnosis, please explain</i>	☐	☐	

Razon Por La Visita

Reason for Visit

Qué edad tenía su hijo(a) cuando surgió la preocupación? _____

How old was your child when concerns began?

Preocupaciones De Los Padres <i>Parental Concerns</i>	
Cuáles son sus 3 principales preocupaciones con respecto a su hijo(a)? <i>What are your top 3 concerns regarding your child?</i>	
1.	
2.	
3.	
Cuáles son las 3 principales fortalezas de su hijo(a)? <i>What are your child's top 3 strengths?</i>	
1.	
2.	
3.	

Evaluaciones Profesionales <i>Professional Evaluations</i>					
Ha sido su hijo(a) evaluado previamente por alguno de los siguientes proveedores? Por favor, marque todas las opciones que correspondan y proporcione copias del reporte: <i>Has your child previously been evaluated by any of the following providers? (Please check all that apply and provide copies of reports)</i>					
	Evaluaciones Anteriores <i>Previous Evaluations</i>		Nombre del Proveedor <i>Provider Name</i>	Fecha de Evaluación <i>Evaluation Date</i>	Diagnóstico <i>Diagnosis</i>
Pediatra del Desarrollo <i>Developmental Pediatrician</i> (CHOP, LVPG, Geisinger, Hershey, other)	☐ Sí	☐ No			
Neurologo <i>Neurologist</i>	☐ Sí	☐ No			
Psiquiatra <i>Psychiatrist</i>	☐ Sí	☐ No			
Psicólogo <i>Psychologist</i>	☐ Sí	☐ No			
Terapeuta del Habla <i>Speech Therapist</i>	☐ Sí	☐ No			
Terapeuta Ocupacional <i>Occupational Therapist</i>	☐ Sí	☐ No			
Fisioterapeuta <i>Physical Therapist</i>	☐ Sí	☐ No			
Terapeuta Conductual <i>Behavior Therapist</i>	☐ Sí	☐ No			

(KidsPeace, Pine Brook, Progressions, PA Mentor, Access, etc.)					
Otro Especialista <i>Other Specialists</i> (Gastroenterology, Pulmonology, Vision, ENT, Audiology, Cardiology, Endocrine Orthopedics, Orthotics etc.)	☐ Sí	☐ No			
Consejero de salud Mental <i>Mental Health Counselor</i>	☐ Sí	☐ No			
Genética <i>Genetics</i>	☐ Sí	☐ No			
Otro <i>Other</i> (Black Bird, Easter Seals, Meliora, Glenn Koch)	☐ Sí	☐ No			

Historial de Medicación <i>Medication History</i>					
Está tomando su hijo(a) actualmente, o ha tomado anteriormente, algún suplemento o medicamento para la falta de atención, la ansiedad, el comportamiento, el estado de ánimo o el sueño? <i>Is your child currently taking, or have they previously taken, any supplements or medications for inattention, anxiety, behavior, mood or sleep?</i>				☐ Si*	☐ No
*En caso afirmativo, por favor lista todos los medicamentos y suplementos que su hijo(a) este tomando actualmente o haya probado <i>*If yes, please list all medications and supplements your child is currently taking or has tried</i>					
Nombre del Medicamento Name of Medication	Motivo Por Tomarlo Reason for taking	Dosis Dosage	Frecuencia Frequency	Periodo Tomado Period taken	Prescrito Por Quién Prescribed by whom?
Busca asesoramiento sobre medicación? ☐ Si ☐ No <i>Are you seeking consultation for medication?</i>					

Historial Médico <i>Medical History</i>			
Se le han realizado a su hijo pruebas médicas previas, incluyendo—entre otras—EEG, MRI, CT scan, EKG, o pruebas genéticas o metabólicas, etc? ☐ Si ☐ No <i>Has your child had any previous medical testing completed including, but not limited to, EEG, MRI, CT scan, EKG, genetic or metabolic testing, etc?</i>			
Año <i>Year</i>	Tipo de Prueba <i>Type of Testing</i>	Donde Se Hizo? <i>Where was it done?</i>	Resultados <i>Results</i>
Pruebas de Plomo <i>Lead Testing</i> Algun historial de niveles elevados de plomo? <i>Any history of elevated lead level?</i> ☐ Si ☐ No En caso afirmativo nivel máximo _____ Fecha: _____ <i>(If yes, peak level and date)</i>			
Pruebas de Audición <i>Hearing Testing</i> Superó la prueba de detección auditiva para recién nacidos? <i>Passed newborn hearing screen?</i> ☐ Si ☐ No Ha superado su hijo(a) las pruebas de audición realizadas por el médico o en la escuela? ☐ Si ☐ No <i>Has your child passed hearing screens through doctor or school?</i> Se han realizado alguna vez pruebas auditivas formales en un centro de Audiología y logopedia o con un Otorrinolaringólogo? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, fecha de realización: _____ <i>Has formal hearing testing ever been done at speech/hearing center or ENT? If yes, date done</i>			

Historial de Hospitalización/Quirúrgicos <i>Hospitalizations/Surgical History</i>		
Ha tenido su hijo(a) alguna hospitalización o cirugía previa? ☐ Si ☐ No *Si es así, describa a continuación <i>Has your child had any previous hospitalizations or surgeries?</i>		
Fecha <i>Date</i>	Razón <i>Reason</i>	Ubicación <i>Location</i>

Historial de Sueño y Tiempo Frente a la Pantalla <i>Sleep History and Screen Time</i>			
	Si	No	Comentarios <i>Comments</i>
Dónde duerme su hijo(a)? <i>Where does your child sleep?</i>			
Tiene su hijo(a) problemas para conciliar el sueño? <i>Does your child have trouble falling asleep?</i>	☐	☐	
Tiene su hijo(a) problemas para mantener el sueño? <i>Does your child have trouble staying asleep?</i>	☐	☐	
Tiene su hijo(a) terrores nocturnos o sonambulismo? <i>Does your child have any night terrors or sleep walking?</i>	☐	☐	
Su hijo(a) ronca? <i>Does your child snore?</i>	☐	☐	

Hay televisión en el dormitorio? Y (o) su hijo(a) pasa tiempo frente a una pantalla en las 2 horas antes de dormir? <i>Is there a TV in the bedroom and/or does your child have screentime within two hours of sleep</i>	☐	☐	
Cuántas horas al día utiliza su hijo(a) dispositivos electrónicos con pantalla? (teléfono móvil, televisión, tableta computadora, video juegos, etc) <i>How many hours per day does your child use electronic devices with screens (cellphone, tv, tablet, computer, video games, etc)</i>			

Nutrición/Dieta <i>Nutrition/Diet</i>			
	Si	No	Comentarios <i>Comments</i>
Tiene su hijo(a) historial o dificultades actuales para alimentarse o comer? <i>Does your child have a history of or current feeding/eating difficulties?</i>	☐	☐	
Come su hijo(a) de todos los grupos de alimentos? <i>Does your child eat from all food groups (meat/protein, dairy, complex carbohydrates, fruits, vegetables)?</i>	☐	☐	
Tiene su hijo(a) alguna modificación dietética especial? <i>Does your child have any special dietary modifications?</i>	☐	☐	
Toma su hijo(a) alguna vitamina o suplemento? <i>Does your child take any vitamins or supplements?</i>	☐	☐	
Por Favor, indique los tipos de alimentos que su hijo(a) consume actualmente: <i>Please indicate the types of foods that your child currently consumes (select all that apply)</i> ☐ Alimentado con biberón/Bottle fed ☐ Alimentos blandos/Soft Foods ☐ Alimentos crujientes o con textura/Crunchy or textured foods ☐ Alimentos en puré/ Pureed Foods ☐ Alimentos de mesa o sólidos/ Table food, solids			

Rabietas y Manejo de la Conducta <i>Tantrums and Behavior Management</i>			
	Si	No	Comentarios <i>Comments</i>
Tiene su hijo(a) mal comportamiento frecuentes (arrebatos emocionales que van desde gritos hasta agresiones)? <i>Does your child have frequent tantrums (e.g., emotional outbursts that range from yelling to aggression)</i>	☐	☐	
Cuántas rabietas al día? <i>How many tantrums per day?</i> _____ Por Semana? <i>Per week?</i> _____			
Cuánto duran las rabietas en promedio? <i>How long do tantrums last on average?</i> _____ Minutos/Mins Cuánto duran las rabietas en su punto más intenso? <i>How long do tantrums last at their worst?</i> _____ Minutos/Mins			
Desencadenantes comunes <i>Common triggers:</i>			
Qué ayuda a su hijo(a) calmarse? <i>What helps your child to calm?</i>			
Has probado alguna de las siguientes opciones? <i>Have you tried any of the following?:</i> ☐ Tiempo de descanso/Time Out ☐ Ignorando/Ignoring ☐ Redirecciones/Redirection ☐ Ganarse Privilegios/Earning Privileges ☐ Retirar Privilegios/Taking away privileges ☐ Gritando/Yelling ☐ Azotar/Spanking ☐ Asignando mas tareas/ Giving more chores			

La Seguridad <i>Safety</i>			
	Si	No	Por Favor Explique
Su hijo(a) colocca objetos no alimenticios en la boca? <i>Does your child place non-food items in mouth?</i>	☐	☐	
Su hijo(a) tiende a deambular o a escaparse? <i>Does your child wander/elope?</i>	☐	☐	
Esta el hogar a prueba de niños? <i>Is the home child-proofed?</i>	☐	☐	
Alguien fuma o usa cigarillos electronicos en el hogar, incluyendo el sotano o en el automovil? <i>Does anyone smoke or use e-cigarettes in the home, including basement, or car?</i>	☐	☐	
Hay armas de fuego en el hogar? <i>Guns in the home?</i>	☐	☐	
Están las armas guardadas en un lugar bajo llave? <i>Are the guns stored in a locked place?</i>	☐	☐	
Están guardadas las balas separado de las armas? <i>Are bullets stored separately from guns?</i>	☐	☐	
Está su hijo(a) expuesto a gritos o violencia fisica en el hogar? <i>Is your child exposed to yelling or physical violence in the home?</i>	☐	☐	
Alguna vez ha sufrido su hijo(a) algún tipo de abusos: fisicos, emocionales, o sexuales? <i>Has your child ever experienced abuse: emotional, physical, and/or sexual?</i>	☐	☐	

Síntomas de Aprendizaje y Conductuales <i>Learning and Behavioral Symptoms</i>	
Mi hijo(a) es capaz de (seleccione todas las opciones que correspondan): <i>My Child is Able To (Select all that apply):</i>	
Habla con claridad <i>Speak clearly</i> ☐	Entiende chistes y sarcasmo <i>Understand jokes and sarcasm (be silly)</i> ☐
Escribe de forma legible, dibuja <i>Write legibly, draw</i> ☐	Se calma a si mismos o ser consolado <i>Self-sooth or be consoled</i> ☐
Corre y se mueve con facilidad <i>Run and move around easily</i> ☐	Es empático y amable con los demás <i>Be empathetic/kind to others</i> ☐
Vestirse y alimentarse así mismo <i>Dress and feed themselves</i> ☐	Juega con otros niños y hace amigos <i>Play with other children/make friends</i> ☐
Comprende las señales sociales o el lenguaje corporal <i>Understand social cues/body language</i> ☐	Ninguno de los anteriores <i>None of the above</i> ☐
Comentario: <i>Comment:</i>	

Mi hijo(a) puede ser descrito como (Seleccione todas las opciones que correspondan): My Child Can Be Described As (select all that apply):	
Ansioso <i>Anxious</i> ☐	Generalmente tranquilo <i>Generally calm</i> ☐
Hiperactivo y impulsivo <i>Hyperactive & Impulsive</i> ☐	Fuerte de carácter <i>Strong-willed</i> ☐
Emocionalmente reactivo <i>Emotionally reactive</i> ☐	Inatento <i>Inattentive</i> ☐
Malhumorado o deprimido <i>Moody or depressed</i> ☐	En mayor parte agradable <i>Mostly pleasant</i> ☐
Timido o tardar de entrar en confianza <i>Shy or slow-to-warm up</i> ☐	Ninguno de los anteriores <i>None of the above</i> ☐
Persistente y exigente <i>Persistent & Demanding</i> ☐	Comentario: <i>Comment:</i>
Sensible a los estímulos sensoriales (vista, olfato, tacto, sonidos) <i>Sensitive to sensory input</i> ☐	

Mi hijo(a) demuestra comprensión de (seleccione todas las opciones que correspondan): My Child Shows an Understanding of (select all that apply):	
Formas <i>Shapes</i> ☐	Letras <i>Letters</i> ☐
Colores <i>Colors</i> ☐	Lectura <i>Reading</i> ☐
Números <i>Numbers</i> ☐	Matemáticas <i>Math</i> ☐
Cálculo <i>Counting</i> ☐	Ninguno de los anteriores <i>None of the above</i> ☐
Escritura (no son problemas de motricidad fina) <i>Writing (not fine motor issues)</i> ☐	Comentario: <i>Comment:</i>

Mi hijo(a) tiene dificultades de (Seleccione todas las opciones que correspondan): My Child Has Difficulty With (select all that apply):	
Prestar atención a las personas que le hablan <i>Paying attention to people talking</i> ☐	Cambio de rutina <i>Change in routine</i> ☐
Manteniendo una conversación <i>Holding a conversation</i> ☐	Respondiendo a su nombre <i>Responding to their name</i> ☐
Comprender el tono de voz <i>Understanding tone of voice</i> ☐	Ninguno de los anteriores <i>None of the above</i> ☐
Estableciendo contacto visual <i>Using eye contact</i> ☐	Comentario: <i>Comment:</i>

Tengo Preocupaciones por mi hijo(a) (Seleccione todas las opciones que correspondan): <i>I Have Concerns for My Child's (select all that apply):</i>	
Comprensión de las palabras habladas <i>Understanding of spoken words</i>	☐
Capacidad para retener información <i>Ability to retain information</i>	☐
Conductas autolesivas (golpear, morder, arañar, golpearse la cabeza) <i>Self-injurious behaviors (hitting/biting/scratching/head banging)</i>	☐
Capacidad para comunicarse mediante palabras o gestos <i>Ability to communicate with words or gestures</i>	☐
Baja autoestima <i>Poor self esteem</i>	☐
Uso de lenguaje extraño <i>Use of odd language</i>	☐
Ninguno de los anteriores <i>None of the above</i>	☐
Organizar innecesariamente <i>Unnecessarily organizing</i>	☐
Acciones y comportamientos repetitivos <i>Repetitive behaviors/actions</i>	☐
Capacidad para jugar con juguetes, compartir, turnarse (usar los juguetes de manera adecuada y participar en juegos imaginativos) <i>Ability to play with toys, sharing, taking turns (using toys appropriately/imaginative play)</i>	☐
Capacidad de hacer amigos <i>Ability to make friends</i>	☐
Pensamiento literal o concreto <i>Literal or concrete thinking</i>	☐
Reacción anómala de dolor <i>Abnormal reaction to pain</i>	☐
Comentario: <i>Comment:</i>	

Mi hijo(a) frecuentemente (Seleccione todas las opciones que correspondan): <i>My Child is Frequently (select all that apply):</i>	
Repetir palabras o frases escuchadas anteriormente <i>Repeating words/phrases previously heard</i>	☐
Enfocado en temas o artículos inusuales <i>Focused on unusual topics or items</i>	☐
Hacer comentarios negativos <i>Making negative comments</i>	☐
Negarse o tener dificultades para completar las tareas escolares <i>Refusing/struggling to complete school work</i>	☐
Coleccionar objetos/extraños/raros <i>Collecting odd items</i>	☐
Negarse a ir a la escuela <i>Refusing to go to school</i>	☐
Hablar de hacerse daño/lastimar a si mismo o a los demás <i>Talking about hurting themselves or others</i>	☐
Ninguno de los anteriores <i>None of the above</i>	☐
Comentario: <i>Comment:</i>	

Información Sobre la Guardería <i>Daycare Information</i>
Su hijo(a) asiste a una guardería? <i>Does your child attend daycare?</i> ☐ Si ☐ No
En caso afirmativo, por favor indique el nombre de la guardería a la que asistieron: <i>If yes, please provide the name of the daycare and dates attended</i>

Información Sobre Preescolar y Prekinder <i>Preschool/Pre-K Information</i>			
Su hijo(a) asiste a un Preescolar/Prekinder? ☐ Si ☐ No <i>Does your child attend preschool/Pre-K?</i>			
En caso afirmativo, por favor indique los nombres de todas las instituciones educativas y las fechas en que asistió: <i>If yes, please provide all school names and dates attended</i>			
Preescolar actual o Prekinder: <i>Current Preschool/Pre-K</i>			
Nombre de los maestros(a): <i>Teacher Name(s)</i>			
Alguna vez su hijo(a) ha sido expulsado o suspendido? <i>Has your child ever been expelled or suspended?</i> ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, por favor describa las circunstancias: <i>If yes, please describe the circumstances:</i> _____ _____ _____			
Ha sido su hijo(a) evaluado por los siguientes?: <i>Has your child ever been evaluated by the following?</i>			Edad en la Evaluación <i>Age at Evaluation</i>
Intervención Temprana <i>Early intervention</i>	☐ Si	☐ No	
Unidad Intermedia <i>Intermediate Unit</i>	☐ Si	☐ No	
Tiene su hijo(a) un Plan de Educación Individualizado (IEP)? <i>Does your child have an IEP?</i> ☐ Si ☐ No *En caso afirmativo, por favor envíe una copia a la oficina *If yes, please provide a copy			
Su hijo(a) recibe actualmente alguno de los siguientes servicios de apoyo? Por favor, marque todas las opciones que correspondan: <i>Does your child currently receive any of the following support services? Please check all that apply</i>			
☐ Asistente Individual 1:1 Aide	☐ Instrucciones Especiales <i>Special Instruction</i>		
☐ Intérprete <i>Interpreter</i>	☐ Logopedia/Terapia del habla <i>Speech Therapy</i>		
☐ Terapia ocupacional <i>Occupational Therapy</i>	☐ BHRS (BSC/TSS)		
☐ Fisioterapia/Terapia Física <i>Physical Therapy</i>	☐ Otro (especificar):		

Cuestionario de Situaciones en el Hogar

St. Luke's Developmental Pediatrics

Fecha: _____

Nombre del Niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Persona completando: _____ Relacion al niño/a: _____

Instrucciones: Su hijo(a) presenta algun problema con el cumplimiento de instrucciones, comentarios o reglas para usted en alguna de estas situaciones? Si es asi, circule la palabra **SI** y luego circule un numero al lado de esa situacion que describa la gravedad del problema para usted. Si su hijo no es un problema en una situacion, circule **NO** y pase a la siguiente situacion en el formulario.

Instructions: Does your child present any problems with compliance to instruction, comments or rules for you in any of these situations? If so, circle the word YES and then circle a number beside that situation that describes how severe the problem is for you. If your child is not a problem in a situation, circle NO and go to the next situation on the form.

Situación	Problema Presente?		Que Severo?								
			Leve			Moderado			Grave		
1. Jugando solo (<i>Playing Alone</i>)	No	Si	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. Jugando con otros niños (<i>Playing with other children</i>)	No	Si	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. Hora de comer (<i>Meal times</i>)	No	Si	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. Vestirse/desvestirse (<i>Getting dressed/undressed</i>)	No	Si	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. Lavarse y bañarse (<i>Washing and bathing</i>)	No	Si	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. Cuando hablas por teléfono (<i>When you are on the telephone</i>)	No	Si	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. Cuando hay visitas en su casa (<i>When visitors are in your home</i>)	No	Si	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. Cuando visitas la casa de alguien (<i>When you are visiting someone's home</i>)	No	Si	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. En lugares publicos (<i>In public places</i>)	No	Si	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10. Cuando el papá está en casa (☐ marque si no corresponde) (<i>When father is home (not applicable)</i>)	No	Si	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11. Cuando se le pide que haga tareas domésticas (<i>When asked to do chores</i>)	No	Si	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12. Cuando se le pide que haga tareas escolares (<i>When asked to do homework</i>)	No	Si	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13. A la hora de dormir (<i>At bedtime</i>)	No	Si	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14. Cuando está con una niñera (<i>When with a babysitter</i>)	No	Si	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Parent ADHD Rating Scale IV

Nombre del niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
 Completado por: _____ Relación: _____

Encierre en un circulo el numero que mejor describa el comportamiento del niño en los ultimos 6 meses. (Circle the number that best describes the child's behavior over the past 6 months)	Raramente o Nunca (Rarely/never)	Aveces (Sometimes)	Amenudo (Often)	Muy Amenudo (Very Often)
1. No presta mucha atencion a los detalles: se apresura a traves de las activades, comete errores descuidados <i>(Fails to give close attention to details: rushes through activities, makes careless mistakes)</i>	0	1	2	3
2. Se inquieta con las manos o los pies o se retuerce en el asiento, golpea las manos o los pies <i>(Fidgets with hands or feet or squirms in seat, taps hands or feet)</i>	0	1	2	3
3. Tiene dificultad para mantener la atencion en tareas o actividades de juego <i>(Has difficulty sustaining attention in tasks or play activities)</i>	0	1	2	3
4. Deja el asiento en el aula, durante las comidas o en otras situaciones en las que se espera permanecer sentado <i>(Leaves seat in classroom, during meals, or in other situations in which remaining seated is expected)</i>	0	1	2	3
5. No parece escuchar cuando se le habla directamente, lo desconecta <i>(Does not seem to listen when spoken to directly, tunes you out)</i>	0	1	2	3
6. Corre o trepa excesivamente en situaciones en las que es inapropiado <i>(Runs about or climbs excessively in situations in which it is inappropriate)</i>	0	1	2	3
7. No sigue las instrucciones o no termina las tareas ("sube las escaleras, quita los zapatos y calcetines", tiene dificultades con las transiciones) <i>(Does not follow through on instructions or fails to finish tasks)</i>	0	1	2	3
8. Tiene dificultad para jugar en silencio, solo o en grupo <i>(Has difficulty playing quietly)</i>	0	1	2	3
9. Tiene dificultad para organizar tareas y actividades, elegir una actividad, obtener materiales, hacer pasos en orden <i>(Has difficulty organizing tasks and activities)</i>	0	1	2	3
10. Esta "en movimiento" o actua como si "fuera conducido por un motor" <i>(Is "on the go" or acts as if "driven by a motor")</i>	0	1	2	3
11. Evita las tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido: rompecabezas, aprender ABC, escribir su nombre <i>(Avoids tasks that require sustained mental effort)</i>	0	1	2	3
12. Habla excesivamente <i>(Talks excessively)</i>	0	1	2	3
13. Pierde cosas necesarias para tareas o actividades (guantes, zapatos, muchila) <i>(Loses things necessary for tasks or activities)</i>	0	1	2	3
14. Responde las respuestas antes de completar las preguntas <i>(Blurts out answers before questions have been completed)</i>	0	1	2	3
15. Se distrae facilmente <i>(Is easily distracted)</i>	0	1	2	3

16. Tiene dificultad para esperar su turno (<i>Has difficulty awaiting turn</i>)	0	1	2	3
17. Es olvidadizo en las actividades diarias: olvida papeles, olvida direcciones (<i>Is forgetful in daily activities: forgets papers, forgets directions</i>)	0	1	2	3
18. Interrumpe o se entromete en otros (<i>Interrupts or intrudes on others</i>)	0	1	2	3

Preschool/Daycare Version: *Adapted and reprinted with permission from Guilford Press.*