



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: _____
Direccion: _____
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 tiene:	Si	No	Relación con el niño? 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>	☐	☐	
Algún 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?</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:

Sintomas Médicos Actuales O Pasados

Current or Past Medical Symptoms

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

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 cardiacos o arritmia <i>Heart problems or arrhythmias</i>	☐	☐	
Vómitos o reflujo 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> (KidsPeace, Pine Brook, Progressions, PA Mentor, Access, etc.)	☐ Sí	☐ No			
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 Year	Tipo de Prueba Type of Testing	Donde Se Hizo? Where was it done?	Resultados Results

Pruebas de Plomo *Lead Testing*

Algun historial de niveles elevados de plomo? *Any history of elevated lead level?* ☐ Si ☐ No

En caso afirmativo nivel máximo _____ Fecha: _____ *(If yes, peak level and date)*

Pruebas de Audición *Hearing Testing*

Superó la prueba de detección auditivo para recién nacidos? *Passed newborn hearing screen?* ☐ Si ☐ No

Ha superado su hijo(a) las pruebas de audición realizadas por el médico o en la escuela? ☐ Si ☐ No

Has child your passed hearing screens through doctor or school?

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: _____

Has formal hearing testing ever been done at speech/hearing center or ENT? If yes, date done

Historial de Hospitalización/Quirúrgicos

Hospitalizations/Surgical History

Ha tenido su hijo(a) alguna hospitalización o cirugía previa? ☐ Si ☐ No ***Si es así, describa a continuación**

Has your child had any previous hospitalizations or surgeries?

Fecha <i>Date</i>	Razón <i>Reason</i>	Ubicación <i>Location</i>

Historial de Sueño y Tiempo Frente a la Pantalla

Sleep History and Screen Time

	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>			

Nutricion/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 Safety			
	Si	No	Por Favor Explique
Su hijo(a) coloca 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 física 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 Learning and Behavioral Symptoms	
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): <i>My Child Can Be Described As (select all that apply)</i>	
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): <i>My Child Shows an Understanding of (select all that apply):</i>	
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): <i>My Child Has Difficulty With (select all that apply):</i>	
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> ☐	Organizar innecesariamente <i>Unnecessarily organizing</i> ☐
Capacidad para retener información <i>Ability to retain information</i> ☐	Acciones y comportamientos repetitivos <i>Repetitive behaviors/actions</i> ☐
Conductas autolesivas (golpear, morder, arañar, golpearse la cabeza) <i>Self-injurious behaviors (hitting/biting/scratching/head banging)</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 para comunicarse mediante palabras o gestos <i>Ability to communicate with words or gestures</i> ☐	Capacidad de hacer amigos <i>Ability to make friends</i> ☐
Baja autoestima <i>Poor self esteem</i> ☐	Pensamiento literal o concreto <i>Literal or concrete thinking</i> ☐
Uso de lenguaje extraño <i>Use of odd language</i> ☐	Reacción anómala de dolor <i>Abnormal reaction to pain</i> ☐
Ninguno de los anteriores <i>None of the above</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> ☐	Coleccionar objetos/extraños/raros <i>Collecting odd items</i> ☐
Enfocado en temas o artículos inusuales <i>Focused on unusual topics or items</i> ☐	Negarse a ir a la escuela <i>Refusing to go to school</i> ☐
Hacer comentarios negativos <i>Making negative comments</i> ☐	Hablar de hacerse daño/lastimar a si mismo o a los demás <i>Talking about hurting themselves or others</i> ☐
Negarse o tener dificultades para completar las tareas escolares <i>Refusing/struggling to complete school work</i> ☐	Ninguno de los anteriores <i>None of the above</i> ☐
Comentario: <i>Comment:</i>	

Información Escolar (Grado K-12) <i>School Information (Grades K-12)</i>			
Nombre de la escuela actual: <i>Name of Current School</i>			
Distrito escolar actual: <i>Current School District</i>			
Cómo está su hijo(a) en la escuela? <i>How is your child doing in school?</i>			
Alguna vez su hijo(a) ha sido expulsado o suspendido? ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, por favor describa las circunstancias. <i>Has your child ever been expelled or suspended? If yes, please describe the circumstances</i>			
Guardería para antes o después de la escuela? <i>Before or after school daycare?</i> ☐ Si ☐ No Nombre de la guardería <i>Name of Daycare:</i> _____			
Su hijo(a) ha sido 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 (EI)</i>	☐ Si	☐ No	
Unidad Intermedia <i>Intermediate Unit (IU)</i>	☐ Si	☐ No	
Distrito Escolar <i>School District</i>	☐ Si	☐ No	
Tiene su hijo(a) alguno de los siguiente planes escolares? <i>Does your child have any of the following plans in school?</i> <i>*Se requiere copia de los informes/reportes *Copy of reports required*</i>			
☐ 504 Plan	☐ Plan de Educación Individualizado (IEP)		☐ Plan de intervención conductual <i>Behavior Intervention Plan</i>
Su hijo(a) recibe actualmente alguno de los siguientes servicios de apoyo en la escuela? Por favor, marque todas las opciones que correspondan: <i>Does your child currently receive any of the following support services in school?</i> <i>Please check all that apply:</i>			
☐	Ayudante 1:1 paraprofesional <i>1:1 Aide or paraprofessional</i>	☐	Instrucciones especiales <i>Special Instruction</i>
☐	Inglés como segunda lengua (ESL) <i>English as a Second Language (ESL)</i>	☐	Terapia del habla/logopedia <i>Speech Therapy</i>
☐	Terapia ocupacional <i>Occupational Therapy</i>	☐	Fisioterapia/terapia física <i>Physical Therapy</i>
☐	Apoyos conductuales: servicios integrales de apoyo, proveedor 50 BHRS/IBHS (BCBA/BHT/RT/MT) <i>Behavioral supports: wrap around services, provider 50</i>	☐	Apoyo de aprendizaje <i>Learning Support</i>
☐	Maestra de sordos <i>Teacher of the Deaf (TOF)</i>	☐	Maestra de alumnos con discapacidad visual <i>Teacher of the visually impaired (TOVI)</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

Fecha de hoy/Today's Date: _____

Nombre del niño(a)/Child's Name: _____

Fecha de nacimiento/Date of Birth: _____

Nombre del padre y/o de la madre/Parent's Name: _____

Teléfono/Parent's Phone Number: _____

Instrucciones: Conteste basándose en lo que considera apropiado para un niño de esa edad. Al completar este cuestionario, piense por favor en la conducta de su niño durante los últimos seis meses.

Directions: Each rating should be considered in the context of what is appropriate for the age of your child. When completing this form, please think about your child's behaviors in the past 6 months.

Esta evaluación se refiere a un período en el que su hijo(a)

Is this evaluation based on a time when the child

☐ tomaba medicamentos
was on medication

☐ no tomaba medicamentos
was not on medication

☐ no lo recuerda
not sure?

Síntomas/ Symptoms	Nunca/ Never	A veces/ Occasionally	Seguido/ Often	Muy seguido/ Very Often
1. No pone atención a los detalles o comete errores por descuido, como por ejemplo, cuando hace la tarea <i>Does not pay attention to details or makes careless mistakes with, for example, homework</i>	0	1	2	3
2. Se le dificulta mantenerse atento al llevar a cabo sus actividades <i>Has difficulty keeping attention to what needs to be done</i>	0	1	2	3
3. Parece no estar escuchando cuando se le habla directamente <i>Does not seem to listen when spoken to directly</i>	0	1	2	3
4. No sigue las instrucciones hasta el final y no concluye sus actividades (no porque se rehúse a seguirlas o porque no las comprenda) <i>Does not follow through when given directions and fails to finish activities (not due to refusal or failure to understand)</i>	0	1	2	3
5. Tiene dificultad al organizar sus tareas diarias y actividades <i>Has difficulty organizing tasks and activities</i>	0	1	2	3
6. Evita, le disgusta o no quiere comenzar actividades que requieren un mayor esfuerzo mental <i>Avoids, dislikes, or does not want to start tasks that require ongoing mental effort</i>	0	1	2	3
7. Pierde cosas que son indispensables para cumplir con sus tareas o actividades (juguetes, tareas de la escuela, lápices o libros) <i>Loses things necessary for tasks or activities (toys, assignments, pencils, or books)</i>	0	1	2	3
8. Se distrae fácilmente con ruidos u otros estímulos externos <i>Is easily distracted by noises or other stimuli</i>	0	1	2	3
9. Es olvidadizo(a) en sus actividades cotidianas <i>Is forgetful in daily activities</i>	0	1	2	3
10. Mueve constantemente las manos o los pies, o no se está quieto(a) en su asiento <i>Fidgets with hands or feet or squirms in seat</i>	0	1	2	3
11. Se pone de pie cuando debiera permanecer sentado(a) <i>Leaves seat when remaining seated is expected</i>	0	1	2	3

La información contenida en esta publicación no debe usarse a manera de sustitución del cuidado médico y consejo de su pediatra. Éste podría recomendar variaciones en el tratamiento, según hechos y circunstancias individuales.

Derechos de Autor © 2005 Academia Americana de Pediatría, Universidad de North Carolina en Chapel Hill para su Centro de Mejoramiento del Cuidado de Salud Infantil de North Carolina y la Iniciativa Nacional en Favor de la Calidad del Cuidado de Salud Infantil.

Adaptación de las Escalas de Clasificación Vanderbilt, diseñadas por Mark L. Wolraich, MD.
Revisión - 1102



D3s2 Sistema NICHQ Vanderbilt de Evaluación. Continuación cuestionario para PADRES

NICHQ Vanderbilt Assessment Scale—PARENT Informant, continued

Fecha de hoy/Today's Date: _____

Nombre del niño(a)/Child's Name: _____

Fecha de nacimiento/Date of Birth: _____

Nombre del padre y/o de la madre/Parent's Name: _____

Teléfono/Parent's Phone Number: _____

Síntomas (continuación)/ Symptoms (continued)	Nunca/ Never	A veces/ Occasionally	Seguido/ Often	Muy seguido/ Very Often
12. Corre o camina por todos lados cuando debiera permanecer sentado <i>Runs about or climbs too much when remaining seated is expected</i>	0	1	2	3
13. Se le dificulta jugar o empezar actividades recreativas más tranquilas <i>Has difficulty playing or beginning quiet play activities</i>	0	1	2	3
14. Está en constante movimiento o actúa como si "tuviera un motor por dentro" <i>Is "on the go" or often acts as if "driven by a motor"</i>	0	1	2	3
15. Habla demasiado <i>Talks too much</i>	0	1	2	3
16. Responde precipitadamente, incluso antes de escuchar la pregunta completa <i>Blurts out answers before questions have been completed</i>	0	1	2	3
17. Tiene dificultad al esperar su turno <i>Has difficulty waiting his or her turn</i>	0	1	2	3
18. Interrumpe o se entromete en conversaciones o actividades ajenas <i>Interrupts or intrudes in on others' conversations and/or activities</i>	0	1	2	3
19. Discute con adultos <i>Argues with adults</i>	0	1	2	3
20. Se enfurece con facilidad <i>Loses temper</i>	0	1	2	3
21. Desafía abiertamente o se niega a cumplir las órdenes o las reglas de los adultos <i>Actively defies or refuses to go along with adults' requests or rules</i>	0	1	2	3
22. Molesta adrede a los demás <i>Deliberately annoys people</i>	0	1	2	3
23. Culpaa otros de sus propios errores o su mal comportamiento <i>Blames others for his or her mistakes or misbehaviors</i>	0	1	2	3
24. Se ofende o se molesta fácilmente con otros <i>Is touchy or easily annoyed by others</i>	0	1	2	3
25. Está enojado(a) o resentido(a) <i>Is angry or resentful</i>	0	1	2	3
26. Es rencoroso y vengativo <i>Is spiteful and wants to get even</i>	0	1	2	3
27. Reta, amenaza o intimida a otros <i>Bullies, threatens, or intimidates others</i>	0	1	2	3
28. Comienza peleas de contacto físico <i>Starts physical fights</i>	0	1	2	3
29. Miente con el fin de salir de apuros o para eludir sus obligaciones <i>Lies to get out of trouble or to avoid obligations (ie, "cons" others)</i>	0	1	2	3
30. Falta a la escuela sin permiso <i>Is truant from school (skips school) without permission</i>	0	1	2	3

D3s3 Sistema NICHQ Vanderbilt de Evaluación. Continuación cuestionario para PADRES

NICHQ Vanderbilt Assessment Scale—PARENT Informant, continued

Fecha de hoy/Today's Date: _____

Nombre del niño(a)/Child's Name: _____

Fecha de nacimiento/Date of Birth: _____

Nombre del padre y/o de la madre/Parent's Name: _____

Teléfono/Parent's Phone Number: _____

Síntomas (continuación)/ Symptoms (continued)	Nunca/ Never	A veces/ Occasionally	Seguido/ Often	Muy seguido/ Very Often
31. Es físicamente cruel con los demás <i>Is physically cruel to people</i>	0	1	2	3
32. Ha robado cosas de valor <i>Has stolen things that have value</i>	0	1	2	3
33. Destruye deliberadamente la propiedad ajena <i>Deliberately destroys others' property</i>	0	1	2	3
34. Ha usado un objeto que puede herir a alguien (bate, cuchillo, ladrillo, pistola) <i>Has used a weapon that can cause serious harm (bat, knife, brick, gun)</i>	0	1	2	3
35. Tortura animales <i>Is physically cruel to animals</i>	0	1	2	3
36. Ha provocado fuegos para causar daños <i>Has deliberately set fires to cause damage</i>	0	1	2	3
37. Ha entrado a una casa, un negocio o un carro ajeno <i>Has broken into someone else's home, business, or car</i>	0	1	2	3
38. Ha permanecido fuera de la casa sin permiso durante la noche <i>Has stayed out at night without permission</i>	0	1	2	3
39. Se ha escapado de la casa durante la noche <i>Has run away from home overnight</i>	0	1	2	3
40. Ha obligado a alguien a sostener algún tipo de actividad sexual <i>Has forced someone into sexual activity</i>	0	1	2	3
41. Siente miedo, ansiedad o está preocupado <i>Is fearful, anxious, or worried</i>	0	1	2	3
42. Teme hacer nuevas cosas por temor a cometer errores <i>Is afraid to try new things for fear of making mistakes</i>	0	1	2	3
43. Se desprecia a sí mismo se siente inferior <i>Feels worthless or inferior</i>	0	1	2	3
44. Siente que los problemas son responsabilidad suya y se siente culpable <i>Blames self for problems, feels guilty</i>	0	1	2	3
45. Se siente solo(a), rechazado(a) o sin amor; se queja de que nadie lo quiere <i>Feels lonely, unwanted, or unloved; complains that "no one loves him or her"</i>	0	1	2	3
46. Se siente triste, infeliz o deprimido(a) <i>Is sad, unhappy, or depressed</i>	0	1	2	3
47. Está al pendiente de sus actos o se avergüenza fácilmente <i>Is self-conscious or easily embarrassed</i>	0	1	2	3

D3s4 Sistema NICHQ Vanderbilt de Evaluación. Continuación cuestionario para PADRES **NICHQ Vanderbilt Assessment Scale—PARENT Informant, continued**

Fecha de hoy/Today's Date: _____

Nombre del niño(a)/Child's Name: _____

Fecha de nacimiento/Date of Birth: _____

Nombre del padre y/o de la madre/Parent's Name: _____

Teléfono/Parent's Phone Number: _____

Comportamiento Performance	Excelente/ Excellent	Sobre lo normal/ Above Average	Normal/ Average	Cierta dificultad/ Somewhat of a Problem	Con dificultad/ Problematic
48. Comportamiento general en la escuela Overall school performance	1	2	3	4	5
49. Lectura Reading	1	2	3	4	5
50. Escritura Writing	1	2	3	4	5
51. Matemáticas Mathematics	1	2	3	4	5
52. Relación con sus padres Relationship with parents	1	2	3	4	5
53. Relación con sus hermanos Relationship with siblings	1	2	3	4	5
54. Relación con sus compañeros Relationship with peers	1	2	3	4	5
55. Participación en actividades organizadas (ejemplo: equipos deportivos) Participation in organized activities (eg, teams)	1	2	3	4	5

Comentarios/Comments:

For Office Use Only

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 1–9: _____

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 10–18: _____

Total Symptom Score for questions 1–18: _____

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 19–26: _____

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 27–40: _____

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 41–47: _____

Total number of questions scored 4 or 5 in questions 48–55: _____

Average Performance Score: _____