

Centro médico
Dirección

Ciudad, Estado Código postal
Número de teléfono

Estimado padre/madre (o cuidador):

Bienvenido a Pediatría del Desarrollo y del Comportamiento de Kaiser Permanente.

Su hijo fue remitido para una evaluación pediátrica del desarrollo porque usted o su médico han expresado inquietud acerca de la evolución de su hijo en una o más áreas de desarrollo, por ejemplo, el habla y el lenguaje, el caminar y las capacidades motoras o del comportamiento.

¿Qué sucederá después?

Si todavía no nos hemos comunicado con usted, alguien del departamento lo llamará pronto para hablar y/o programar una cita.

¿Qué debo hacer antes de nuestra cita?

Llene y devuelva la siguiente documentación. Pedimos esta información con anticipación para poder evaluar mejor a su hijo.

Todos los niños

- Cuestionario de la salud pediátrica del desarrollo. (Este formulario puede incluirse en este paquete. También está disponible en línea en kp.org/mydoctor).
- Cualquier cuestionario adicional incluido.
- Copias de las evaluaciones iniciales que haya tenido en una intervención temprana, el Centro Regional o por terapeutas o proveedores que no sean de Kaiser sobre el desarrollo o el comportamiento de su hijo. Esto puede incluir información de terapeutas del habla/lenguaje, pediatría del desarrollo, psicología y terapia ocupacional.

Niños desde los tres años

- Para estudiantes con un Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program, IEP), el IEP más reciente de su hijo y todas las evaluaciones que le realizaron durante los últimos 3 años (tales como las del habla/lenguaje, psicología en el colegio, especialistas en recursos y terapia ocupacional), si corresponde.
- Para estudiantes en educación general, proporcione las libretas de calificaciones de los últimos 3 años si corresponde. Si su hijo tiene reuniones con un Equipo de Estudio Estudiantil (Student Study Team, SST), incluya sus notas.

¿A quién veré?

Un pediatra del desarrollo, que se especializa en dificultades relacionadas con el desarrollo, el aprendizaje y el comportamiento de los niños, realizará la evaluación.

Para obtener más información sobre nuestros pediatras del desarrollo, visite kp.org/mydoctor.

Clases de citas de Pediatría del Desarrollo

Cuando hayamos revisado los expedientes de su hijo, nos comunicaremos con usted para programar una cita con uno de nuestros pediatras del desarrollo.

Citas telefónicas: su proveedor lo llamará para hablar sobre sus inquietudes sobre su hijo y para obtener los antecedentes. Si usted ya ha entregado los expedientes que se indican más arriba, es posible que le haga comentarios según los expedientes que ha recibido. Estas citas suelen tener una duración de entre 30 y 60 minutos.

Visitas en video: son similares a las citas por teléfono. Si tiene programada una cita por video, recibirá información adicional sobre cómo participar en la visita. Estas citas también suelen tener una duración de entre 30 y 60 minutos.

Citas en persona: estas citas suelen tener una duración de entre 60 y 90 minutos. (Para niños que todavía hacen la siesta, intente evitar programar la cita durante su siesta). Para los niños más pequeños habrá juguetes para que jueguen. Podría ser de ayuda si trae bocadillos y una bebida si cree que su hijo los necesitará.

Si programamos una cita en persona, esto es lo que debería esperar:

1. Lo llevaremos desde la sala de espera hasta el lugar donde se realizará la evaluación.
2. El personal medirá la altura, el peso, el perímetro craneal y la presión arterial de su hijo.
3. Se reunirá con el pediatra del desarrollo, quien hará lo siguiente:
 - Hablará con usted sobre sus inquietudes sobre su hijo.
 - Obtendrá más antecedentes.
 - Revisará la información de los expedientes que haya recibido.

Según las necesidades de su hijo, el médico también podría hacer lo siguiente:

- Completar pruebas del desarrollo si y cuando corresponda.
 - Hacer un examen físico de su hijo si es necesario.
4. Finalmente, le hará comentarios y recomendaciones al final de la cita.

Si tiene alguna pregunta, por favor llámenos al número de teléfono que figura arriba.

Gracias por su tiempo y por ayudarnos a ofrecerle la mejor atención a su familia. Esperamos verlos a usted y a su hijo.

Cuestionario de Salud de Pediatría del Desarrollo

Este documento debe ser llenado por el padre o el tutor legal

Fecha en la que se llenó: _____

N.º de historia clínica: _____

Nombre: _____

Nombre del niño	N.º de historia clínica	Fecha de nacimiento: Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
¿Cómo le gusta a su hijo que lo llamen?	Dirección: Calle		
¿Quién lo remitió a la clínica?	Ciudad	Código postal	
¿Qué idiomas se hablan en su casa? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro	Idioma principal del niño:		
Nombre de la persona que llena el formulario	¿Tutor legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Relación con el niño	
Nombre del padre/del tutor legal:	<input type="checkbox"/> Biológico <input type="checkbox"/> Adoptivo <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra	Ocupación	Número preferido:
Edad: Nivel educativo completado:	Origen étnico (opcional):		
Nombre del padre/tutor legal:	<input type="checkbox"/> Biológico <input type="checkbox"/> Adoptivo <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra	Ocupación	Número preferido:
Edad: Nivel educativo completado:	Origen étnico (opcional):		
Estado civil de los padres (marque uno) <input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Viven juntos <input type="checkbox"/> Padre o madre soltero/a	Si están divorciados, describa brevemente el acuerdo de custodia:		
Nombres de otras personas que viven en la casa (si tiene dos casas, indique quién vive con el niño en cada casa)	Edad:	Relación con el niño/adolescente (hermanos biológicos, hermanastros, abuelos, etc.)	
Nombre			
Nombre			
Nombre			
Nombre Si necesita agregar otros nombres, use el reverso de este formulario.			

¿Cuáles son sus mayores preocupaciones sobre su hijo?

N.º de historia clínica: _____

Nombre: _____

Antecedentes prenatales y del nacimiento

¿Su hijo es adoptado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está en cuidados de crianza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió "sí", ¿desde qué edad? _____	
Edad de la madre durante el embarazo: _____	¿Recibió atención prenatal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tuvo embarazos anteriores? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: Si respondió "sí", número de embarazos _____ Número de abortos espontáneos (si corresponde): _____	
¿Necesitó usar medicamentos u otros métodos para ayudarla a quedar embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Indique los medicamentos de venta con receta médica que usó durante el embarazo:			
¿La madre usó alguno de los siguientes mientras estaba embarazada? <input type="checkbox"/> Tabaco <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Marihuana <input type="checkbox"/> Metanfetaminas <input type="checkbox"/> Cocaína/Crack <input type="checkbox"/> Heroína <input type="checkbox"/> Metadona Otro (indicar): _____			
¿Tuvo algún problema durante el embarazo o el parto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Nació a término? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Peso al nacer: _____	Talla: _____	Perímetro craneal: _____
Si nació prematuro, ¿cuánto tiempo antes? _____	Si nació después de la fecha estimada, ¿cuánto tiempo después? _____	Parto: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Por cesárea	
¿Su hijo necesitó cuidados especiales después del parto? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (explique):			
Durante la infancia de su hijo, ¿tuvo algún problema de salud (dificultad para alimentarse, poco aumento de peso, etc.)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (explique):			

Antecedentes del desarrollo:

Edad en las que tuvo las primeras inquietudes sobre el desarrollo: ____ meses
Indique la edad en la que su hijo empezó a hacer cada una de las siguientes cosas (escriba N/A si todavía no lo hace): Se sentó solo: _____ Caminó 10 pasos: _____ Dijo la primera palabra (que no sea mamá/papá): _____ Empezó a unir palabras (p. ej.: "mi pelota") _____ Aprendió a usar el baño: Control de la vejiga _____ Control del esfínter anal _____ Come con utensilios (tenedor, cuchara) _____
Dé un ejemplo de algo que su hijo podría decir:
¿Cómo le avisa su hijo lo que necesita?
¿Cree que la capacidad de su hijo para pensar o aprender está retrasada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: Por favor especifique:
¿Como de qué edad le parece que actúa su hijo?
¿Parte del desarrollo muscular mayor de su hijo (motricidad gruesa) fue lento (p. ej., sentarse, caminar, saltar, andar en bicicleta, etc.)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: Por favor especifique:
Cree que las habilidades de autoayuda de su hijo (es decir, vestirse, ir al baño, bañarse, etc.) son adecuadas para su edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No: Explique:
¿Alguna vez su hijo perdió alguna capacidad previamente adquirida y bien establecida del habla, motora, de autoayuda o social? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - ¿A qué edad? ____ años. Por favor describa:
Indique las evaluaciones anteriores que le hayan realizado a través de una intervención temprana, Centro Regional, pediatría del desarrollo, etc.:

N.º de historia clínica: _____

Nombre: _____

Historia clínica

Indique si su hijo ha tenido alguno de los siguientes padecimientos:

Inquietud médica	Anterior	Actual	Explique
Problemas de la visión Fecha del último examen de la vista: _____ Resultados: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas en el oído (infecciones del oído, problemas de audición, etc.) Fecha del último examen del oído: _____ Resultados: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de nariz y garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedades cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Enfermedades de los pulmones (asma u otros problemas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas gastrointestinales (vómito, reflujo, diarrea, estreñimiento, dolor estomacal, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de los riñones, la vejiga o urinarios (se orina en la cama durante el día/la noche, infecciones del tracto urinario, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Afecciones cutáneas o marcas de nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas endocrinos u hormonales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de crecimiento (baja estatura, sobrepeso/bajo peso, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas neurológicos (dolores de cabeza, convulsiones, crisis de ausencia, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastornos autoinmunes (lupus, esclerosis múltiples, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alergias (alimentos, medicamentos, medio ambiente, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Contracciones o sacudidas de la cabeza o los brazos (involuntarias):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dieta limitada (mañoso para comer):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Come cosas que no son comida (pica):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dificultades para alimentarse (p. ej., se atraganta, hace arcadas, se rehúsa a comer, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas para dormir (se duerme, permanece dormido, ronca, tiene dificultad para respirar en la noche, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otras condiciones médicas o tratamientos no mencionados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

¿Le han dado alguno de los siguientes diagnósticos a su hijo?

<input type="checkbox"/> Dificultad de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Trastorno por hiperactividad con déficit de atención (THDA)	<input type="checkbox"/> Autismo/Asperger/TGD	<input type="checkbox"/> Trastorno del habla/del lenguaje
<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Integración sensorial	<input type="checkbox"/> Retraso motriz	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral
<input type="checkbox"/> Síndrome del cromosoma X frágil	<input type="checkbox"/> Tourette/tics	<input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo	<input type="checkbox"/> Trastorno del comportamiento/emocional
<input type="checkbox"/> Retraso mental/ Discapacidad intelectual		<input type="checkbox"/> Síndrome genético	<input type="checkbox"/> Otro:

 ¿Su hijo ha tenido alguna enfermedad o accidente que resultó en una hospitalización o en una consulta en la sala de emergencias?
 No Sí (explique):

Indique todos los medicamentos que toma su hijo actualmente:

Indique los medicamentos que tomaba su hijo anteriormente:

Indique las vitaminas, suplementos, dietas especiales u otros tratamientos complementarios/alternativos que recibe su hijo:

Historia clínica (continuación)

Indique si le han realizado a su hijo alguna de las siguientes pruebas:

	Sí	No
HCG (Hibridación Genómica Comparativa) en matrices (micromatriz) o cariotipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Síndrome del cromosoma X frágil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RMN del cerebro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Electroencefalograma (EEG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estudio del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro (especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mi hijo tiene dificultades para dormir:

No Sí - Si respondió "sí", conteste las siguientes preguntas:

Hábitos de sueño del niño	Sí	No
El niño tiene dificultades para quedarse dormido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El niño tiene dificultades para permanecer dormido (p. ej., se despierta con frecuencia durante la noche).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El niño tiene un sueño intranquilo/realiza movimientos excesivos de las piernas y los brazos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El niño tiene miedo de dormir solo o de dormir en su propia cama.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El niño ronca, boquea o deja de respirar mientras duerme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El niño está generalmente cansado o dormido durante el día.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El niño tiene pesadillas o terrores nocturnos con frecuencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El niño camina dormido o habla mientras duerme.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El niño desgasta los dientes durante la noche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El niño duerme en posiciones poco usuales (el cuello hiperextendido, duerme boca abajo con las nalgas levantadas, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cantidad de tiempo que suele dormir el niño durante la noche = _____ horas, _____ minutos.	Cantidad de tiempo que suele dormir el niño durante el día/siestas = _____ horas, _____ minutos.	

Observe si alguna de las siguientes situaciones es un problema o una inquietud para su hijo ahora, más que para los demás niños de su edad (marque todos los que corresponda).

<input type="checkbox"/> Impulsivo/hiperactivo <input type="checkbox"/> Períodos cortos de atención/Se distrae <input type="checkbox"/> Sueña despierto <input type="checkbox"/> Molesta durante la clase <input type="checkbox"/> Se sobreexcita fácilmente cuando juega <input type="checkbox"/> Se frustra con facilidad <input type="checkbox"/> No sigue las instrucciones <input type="checkbox"/> Oposicional/Desafiante <input type="checkbox"/> Destructivo	<input type="checkbox"/> Agresivo <input type="checkbox"/> Se moja los pantalones/ moja la cama <input type="checkbox"/> Pierde el control del esfínter anal <input type="checkbox"/> Contacto visual pobre <input type="checkbox"/> Baja autoestima <input type="checkbox"/> Se aísla/retrae <input type="checkbox"/> Preocupaciones/miedos excesivos <input type="checkbox"/> No puede separarse de los padres <input type="checkbox"/> Triste o deprimido <input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas	<input type="checkbox"/> Come o se lleva a la boca cosas que no son comida <input type="checkbox"/> Problemas psiquiátricos/emocionales <input type="checkbox"/> Abuso de drogas/alcohol <input type="checkbox"/> Comportamiento sexualizado <input type="checkbox"/> Obsesiones o compulsiones <input type="checkbox"/> Más interesado en cosas que en las personas <input type="checkbox"/> Hace movimientos de oscilación/gira/aletrea las manos	<input type="checkbox"/> Reacciona en forma desproporcionada cuando se enfrenta a un problema <input type="checkbox"/> Necesita mucha atención de los padres <input type="checkbox"/> Se autolesiona (se golpea la cabeza, se muerde o se golpea) <input type="checkbox"/> Dificultad para hacer o mantener amigos <input type="checkbox"/> Necesidad de una rutina <input type="checkbox"/> Sensibilidad a los ruidos, las luces, las texturas, etc.
--	--	---	--

Si marcó alguno de los puntos de la lista, o si tiene alguna otra inquietud sobre su hijo, describa lo siguiente:

Antecedentes de la familia biológica

Indique quién, de corresponder, de los familiares biológicos del niño ha tenido alguna de estas afecciones (solo incluya los datos sobre los familiares de relación sanguínea; es decir, los padres biológicos, hermanos, tíos, abuelos)

Afecciones:	Familiares que tuvieron la afección:
<input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista	
<input type="checkbox"/> Trastorno por Hiperactividad con Déficit de Atención	
<input type="checkbox"/> Dificultad en el aprendizaje o discapacidad intelectual	
<input type="checkbox"/> Fracaso escolar (explique)	
<input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo (retraso en el habla, para caminar, etc.)	
<input type="checkbox"/> Pérdida de la audición	
<input type="checkbox"/> Esquizofrenia o psicosis	
<input type="checkbox"/> Depresión	
<input type="checkbox"/> Trastorno bipolar	
<input type="checkbox"/> Ansiedad o TOC (trastorno obsesivo compulsivo)	
<input type="checkbox"/> Tics o síndrome de Tourette	
<input type="checkbox"/> Convulsiones	
<input type="checkbox"/> Trastorno genético (síndrome de Down, complejo de esclerosis tuberosa, síndrome del cromosoma X frágil, neurofibromatosis, etc.)	
<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias (alcohol, drogas, etc.)	
<input type="checkbox"/> Otra (especifique)	

Antecedentes educativos/de guardería infantil

Servicios del centro regional: Sin servicio Actualmente recibe servicios (Especifique horas por semana u horas por mes):

¿Su hijo asiste actualmente a una guardería infantil? No Sí (explique):

Desempeño escolar (marque uno si corresponde):

N/A Por debajo del nivel requerido Al nivel requerido Por encima del nivel requerido

Mixto (a nivel/sobre el nivel en algunas áreas y por debajo en otras)

Nombre de la escuela:

Distrito escolar:

Grado actual:

Tipo de clase (común o servicios de educación especial):

¿Su hijo ha asistido a más de una escuela? No Sí (indique cuáles):

¿Qué inquietudes tiene la maestra actual de su hijo (si corresponde)?

Indique las evaluaciones que haya tenido su hijo en la escuela (SST, evaluación del lenguaje, evaluación psicoeducativa, etc.):

Ha estado alguna vez su hijo en un Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program, IEP): No Sí. Si respondió "sí", indique por qué:

Indique todos los servicios que **recibe actualmente** su hijo en la escuela y con qué frecuencia (es decir, recursos de apoyo o enseñanza especializada, ayuda, terapia del habla, terapia ocupacional, educación física adaptada, grupos de habilidades sociales, plan de apoyo del comportamiento positivo, etc.).

Indique cualquier otro servicio que haya **recibido su hijo en el pasado** a través de la escuela.

Cambios en la familia/factores estresantes:

Describa cualquier factor estresante importante actual, si corresponde.

Indique si hay antecedentes de alguno de los siguientes (marque todos los que correspondan):

<input type="checkbox"/> Desacuerdos maritales/separación/divorcio	<input type="checkbox"/> Padre enviado al exterior/fuera de la ciudad para trabajar en forma continua
<input type="checkbox"/> Disputas sobre la custodia	<input type="checkbox"/> Enfermedad grave o muerte de un padre/hermano
<input type="checkbox"/> Problemas legales de los padres	<input type="checkbox"/> Vive alejado de uno de los padres
<input type="checkbox"/> Problemas económicos	<input type="checkbox"/> Abuso de drogas/alcohol de los padres
<input type="checkbox"/> Nacimiento/Adopción de otro hijo	<input type="checkbox"/> Testigo de violencia física
<input type="checkbox"/> Pérdida del trabajo de uno de los padres	<input type="checkbox"/> Padre enfermo emocionalmente/mentalmente
<input type="checkbox"/> Involucrado en el tribunal juvenil	<input type="checkbox"/> Otros traumas/eventos negativos de importancia:

Si respondió "sí" a alguno de los puntos anteriores, describa las circunstancias:

Dé información sobre qué comunicación, si corresponde, ha tenido con los Servicios de Protección Infantil o el sistema legal y explique:

Fortalezas del niño y la familia:

¿Qué le gusta hacer a su hijo para divertirse?

Anote algunas de las cosas que su hijo hace bien y/o las cualidades de su hijo que usted admire:

Describa las fuentes de apoyo y fortaleza de su familia (p. ej., amigos, consideraciones espirituales y culturales):

Devuélvanos este formulario lo más pronto posible.

Puede hacer lo siguiente:

- Entregarlo en persona
- Enviarlo por correo
- Enviarlo mediante su correo electrónico seguro de kp.org

Por favor llámenos si tiene alguna pregunta.

¡GRACIAS!