



DOERNBECHER
CHILDREN'S
Hospital

Bienvenido al Child Development and Rehabilitation Center y al Doernbecher Children's Hospital de OHSU

Nos enorgullece que nos haya elegido para que atendamos a su hijo. Nuestro objetivo es darle atención de la mejor calidad de manera respetuosa y oportuna.

En la página siguiente, ofrecemos una lista de los documentos que debe conseguir para ayudarnos con la evaluación de su hijo.

Necesitamos que devuelva todos los documentos requeridos para poder colocar a su hijo en una lista de espera para una consulta. Envíe los documentos por correo postal, fax o correo electrónico a nuestra oficina tan pronto como sea posible:

Oregon Health & Science University
Attention: CDRC
Po Box 574
Portland, OR 97207-0574
Fax: (503) 494-4447
Correo electrónico: cdrcnorthunit@ohsu.edu

Si tiene alguna pregunta o problema para completar estos formularios, o necesita esta información en otro idioma, llame al 877-346-0640.

Utilice tinta negra en todos los formularios, haga una copia de todos los documentos que envíe por correo y siempre guarde los originales.

Gracias por su tiempo y esfuerzo para completar y devolver el paquete. Será un placer colaborar con usted y su familia.

Si necesita esta información en otro idioma, llame al 877-346-0640.



CHILD DEVELOPMENT AND REHABILITATION CENTER

Paquete de admisión

Necesitamos que consiga los siguientes documentos antes de que podamos colocarlo en la lista de espera para una cita. Si necesita ayuda o necesita esta información en otro idioma, llame al 503-346-0640.

*Haga una copia de todos los documentos que envíe por correo y siempre guarde los originales.
Complete todos los formularios con tinta NEGRA.*

Documentos que debe conseguir:

- Child Development and Rehabilitation Center de OHSU, Historia médica del paciente.
- Escala de evaluación de Vanderbilt del NICHQ, informe de los padres.
- Llame al registro de pacientes al 503-494-8505 para configurar o actualizar la cuenta del paciente con OHSU. Tenga a mano la información del seguro cuando llame.

Documentos que debe pedir a la escuela:

Se adjunta un formulario de revelación de información si quiere que la escuela nos envíe esta información directamente.

- Cuestionario para el maestro
- La Escala de Evaluación Vanderbilt del NICHQ, informe del maestro
La debe completar un maestro, terapeuta, proveedor de cuidado infantil o visita en casa.

Si su hijo tiene un Plan de Educación Individualizado (IEP) o un Plan 504, incluya también:

- Copia del Plan de Educación Individualizado (IEP) o documentación del Plan 504 (si corresponde)
- Copia de las pruebas más recientes o pruebas de elegibilidad para educación especial (si corresponde)

Otra información (opcional):

- Considere incluir copias de cualquier prueba anterior relacionada con el aprendizaje, lenguaje, habilidades sensoriales/motoras o comportamiento O notas recientes de la evolución por parte de los proveedores de intervención actuales.

Envíe el paquete por correo al:

Intake Coordinator
Child Development and Rehabilitation Center (CDRC)
901 E 18th Avenue
Eugene, OR 97403

También puede enviar los documentos por fax o correo electrónico al:

Fax: 503-346-6918
Correo electrónico: eugenereferrals@ohsu.edu



Child Development and Rehabilitation Center

Recursos de la comunidad

¿Qué podemos hacer ahora?

Hay muchos recursos en las comunidades locales para familias en Oregon. No es necesario que espere hasta recibir la evaluación del Child Development and Rehabilitation Center (CDRC) de su hijo para usar estos apoyos. ¡Puede comenzar ahora!

Si su hijo necesita apoyo para el desarrollo:

Si está preocupado por el progreso de su hijo, el Distrito de Servicios Educativos podría ayudar a su familia. Pueden ofrecerle pruebas o ideas de aprendizaje. Estos métodos evalúan el pensamiento y el aprendizaje de su hijo, el cuidado personal, la comunicación, el sistema sensorial o sus habilidades motrices.

Niños de 0 a 5 años:

Bebés y niños pequeños

Encuentre ayuda para niños de 0 a 5 años mediante los programas de intervención temprana (EI) o educación especial para la primera infancia (ECSE) de su condado. Obtenga más información en <https://bit.ly/2XVGNsw>.

Programas Head Start

El programa Early Head Start es para mujeres embarazadas, bebés y niños pequeños. El programa Head Start es para niños de 3 a 5 años. Estos programas ayudan a los niños a prepararse para la escuela. Prestan servicios médicos, de educación y de comida. También hay servicios para familias de trabajadores agrícolas migrantes o de temporada. Obtenga más información en www.ohsa.net.

Si su hijo necesita apoyo en la escuela:

Si su hijo está en la escuela, podría recibir apoyo de educación especial de su distrito escolar. Comuníquese con la escuela de su hijo para comenzar el proceso. **No es necesario esperar los resultados de la evaluación de CDRC para empezar los servicios con su escuela.**

Para obtener ayuda con los servicios en la escuela, comuníquese con:

FACT Oregon.....	1-888-988-3228	http://factoregon.org_or
Washington PAVE	253-565-2266	http://www.wapave.org
Stand for Children	800-663-4032	http://stand.org/oregon

Si su familia necesita más que servicios en la escuela:

Puede encontrar servicios de apoyo mediante un proveedor de la comunidad, incluso si su hijo no tiene un diagnóstico de autismo aún.

Desarrollo y práctica de habilidades:

Pídale al médico de su hijo una remisión para terapia. Llame a su compañía de seguro para saber qué proveedores están cubiertos cerca de su casa. El número de teléfono de su compañía de seguro está en su tarjeta del seguro.

- Los patólogos del habla y el lenguaje trabajan con las competencias de comunicación, como hablar y escuchar, y competencias sociales como jugar juntos.
- Los terapeutas ocupacionales trabajan con el movimiento, las competencias de la vida diaria y las diferencias sensoriales como las reacciones a ruidos y texturas.



Child Development and Rehabilitation Center

Recursos de la comunidad

Apoyo de salud conductual y mental:

Las familias que tengan hijos con diferencias del desarrollo podrían beneficiarse del apoyo de un proveedor de salud mental. Estos proveedores están capacitados para ayudar a las familias a afrontar conductas desafiantes u otras preocupaciones, como la ansiedad o el ADHD. Su compañía de seguro puede ayudarlo a encontrar un proveedor calificado. Para encontrar estos servicios de salud mental:

Si tiene un seguro privado:

Busque el número de teléfono en su tarjeta del seguro.

Si tiene Oregon Health Plan:

Llame a su organización de atención coordinada (CCO) local para obtener información sobre estos servicios. Encuentre una lista de CCO en <https://bit.ly/2D5E5lg>.

Si tiene Medicaid del estado de Washington:

Llame a su plan de atención administrada. Busque la lista de planes de atención administrada en <https://bit.ly/2VBEITO>.

¿Dónde más podemos encontrar ayuda?

Hay varios grupos de apoyo para familias y niños con diferencias del desarrollo en Oregon. Algunos son:

- **The Oregon Center for Children and Youth with Special Health Needs (OCCYSHN)**
www.occyshn.org o 503-494-8303
- **Atención de CaCOON**
Coordinación de enfermeros de salud pública a domicilio.
<http://www.ohsu.edu/xd/outreach/occyshn/programs-projects/cacoon.cfm>
- **Apoyo para familias de FACT**
www.factoreregion.org o 1-888-988-3228
- **Oregon Family to Family**
Da información a las familias de niños y jóvenes con necesidades de atención médica especiales.
www.oregonfamilytofamily.org o 1-855-323-6744 (**Español:** 503-931-8930)
- **Autism Society of Oregon/Washington (ASO)**
ASO puede darle apoyo y recomendaciones **independientemente** del diagnóstico médico del niño.
<https://autismsocietyoregon.org> o 1-888-Autism-1 (1-888-288-4761)

Otras ideas incluyen:

- Grupos de juego locales
- Grupos locales para padres de niños con diferencias
- Clases en centros locales de Parks and Recreation (Parques y Recreación) para niños que necesiten más apoyo



Preguntas frecuentes sobre las evaluaciones del CDRC

¿Cuándo debo llamar para preguntar por la remisión de mi hijo?

CDRC recibe muchas remisiones cada semana y hacemos un gran esfuerzo por conectarlo con el Registration Department (Departamento de Registro) de OHSU en un plazo de 48 horas. Si no nos hemos comunicado con usted en los próximos 5 días hábiles, llame al 503-346-0640.

¿Cuándo recibiré un paquete de admisión?

Llame al 503-494-8505 para actualizar la información de registro de su hijo, ya que este paso es obligatorio (incluso si ha trabajado antes con CDRC). Tenga a mano su tarjeta del seguro cuando llame. Después de comunicarse con la oficina de registro, recibirá su paquete de admisión en un plazo de 10 días hábiles.

¿Que tan largas son las listas de espera de su programa clínico?

Tenemos varias clínicas de evaluación diferentes en CDRC. Se asigna a los pacientes a una clínica en particular según su edad, síntomas y diagnóstico (si se sabe cuál es), y según la información del paquete de admisión que usted nos envíe. El tiempo de espera de cada clínica es diferente y es posible que tenga que esperar varios meses después de haber devuelto el paquete para una cita.

¿Cuándo debo llamar para preguntar dónde está mi hijo en la lista de espera de su programa clínico?

Puede llamar para verificar si nuestra clínica recibió su documentación de admisión (por favor haga copias de todo lo que envíe por correo), y también debe llamarnos para informarnos si algo ha cambiado, como su dirección o número de teléfono. Sin embargo, espere 90 días antes de llamar para verificar dónde se encuentra su hijo en la lista de espera, ya que a menudo es el tiempo que toma procesar la información.

¿Mi seguro cubrirá este gasto?

Aunque trabajamos con la mayoría de los planes de seguros, cada póliza es diferente. Le recomendamos que se comunique con su compañía de seguros con tiempo para asegurarse de que nuestros servicios estén cubiertos, que estemos en su red y que todas las autorizaciones necesarias sean atendidas con antelación. Las pruebas de discapacidades de aprendizaje, si son necesarias, generalmente no las cubre el seguro médico y pueden hacerse por medio de su distrito escolar.

¿Puedo traer a otros niños a la consulta?

Usted debe permanecer en la clínica durante toda la consulta (que puede durar 1 hora y media a 6 horas). Le pedimos que los otros hermanos y familiares se queden en casa y no vengan a esta consulta.



CO1400



**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE
EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN EL
CDRC**

Página 1 de 2

ACCOUNT NO.
MED. REC. NO.
NAME
BIRTHDATE

Patient Identification

INFORMED CONSENT FOR PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT AT CDRC

Por medio del presente, doy mi consentimiento informado para que mi hijo o yo recibamos servicios de psicología en el Child Development and Rehabilitation Center (CDRC) del Institute on Development and Disability, Oregon Health & Science University (OHSU), como se indica en este formulario, incluyendo las condiciones financieras, legales y éticas que se indican abajo. Las condiciones legales que se indican abajo se basan en las Leyes Revisadas de Oregon (ORS). Las condiciones éticas establecidas en este documento se basan en los principios éticos y el código de conducta de la American Psychological Association (APA) (Asociación Americana de Psicología).

Definiciones de evaluación psicológica

La evaluación psicológica en el CDRC se refiere a cualquier vínculo evaluativo que mi hijo o yo podamos tener con un psicólogo del CDRC para diagnosticar o tratar una condición del desarrollo, psicológica, conductual o emocional que tenga o tengan mi hijo o familia.

Responsabilidades del paciente y del psicólogo

Las responsabilidades del paciente incluyen, entre otras, ser sincero y honesto sobre los problemas que lo llevan a la clínica de evaluación, llegar a tiempo a las citas y asistir a las citas programadas. Los pacientes y sus cuidadores también son responsables de entregar todos los documentos de evaluaciones y servicios anteriores (por ejemplo, Planes de Educación Individualizada, notas del tratamiento e informes de evaluación). Las responsabilidades del psicólogo incluyen, entre otras, obtener el consentimiento del paciente o de su representante de atención médica legalmente autorizado para hacer la evaluación, hacer la evaluación psicológica y entregar los informes de la evaluación según corresponda. Estos informes se enviarán automáticamente al proveedor médico que remitió al paciente. El paciente y sus cuidadores tienen la responsabilidad de compartir los informes con otras entidades (por ejemplo, la escuela y otros proveedores).

Asistencia a citas

Si usted o su hijo no pueden asistir a una cita programada, le solicitamos que nos informe con al menos **24 horas de antelación** llamando a nuestra línea de citas al **503-346-0640** si lo atienden en la clínica del **CDRC de Portland** o llamando al **541-346-3575** si lo atienden en la clínica del **CDRC de Eugene**. Si llama para cancelar una cita con menos de 24 horas de antelación, se considerará que "faltó". Si "falta" a 2 citas, es posible que ya no podamos seguir trabajando con usted o su hijo. Si falta a 3 citas consecutivas, incluso si llama con antelación, es posible que ya no podamos seguir atendiéndolos a usted o a su hijo.

Tratamiento de menores no emancipados

De conformidad con el artículo 109.675 de las ORS, los niños de 14 años o más pueden obtener diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales o emocionales, o de farmacodependencia sin el permiso de sus padres, con la condición de que se los involucre a ellos antes de que termine el tratamiento, a menos que esto no sea lo más conveniente para el menor, haya un caso identificado de abuso sexual o los padres se nieguen. Sin embargo, en algunos casos (deterioro del desempeño, tendencias suicidas, etc.), el personal del CDRC tiene el derecho legal de revelar información a los padres o tutores legales sin permiso del menor si es lo más conveniente para él.

Límites de confidencialidad

La evaluación psicológica contiene información confidencial y solo se puede compartir con personas que no forman parte de OHSU con mi consentimiento o según lo permita la ley. Algunas situaciones en las que se puede revelar información de la evaluación psicológica son: 1) sospecha o denuncia de abuso infantil (incluyendo, entre otros, abuso físico, abuso sexual, descuido), 2) sospecha o denuncia de abuso de adultos mayores, 3) sospecha o denuncia de maltrato animal, 4) sospecha o denuncia de abuso de adultos con



**CONSENTIMIENTO INFORMADO DE
EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN EL
CDRC**

ACCOUNT NO.
MED. REC. NO.
NAME
BIRTHDATE

Continuación de la página 1

Patient Identification

discapacidades del desarrollo o enfermedades mentales, 5) amenaza de hacerse daño a sí mismo o a otras personas, 6) procedimientos legales en los que el cliente usa la información compartida en la sesión. Los informes de la evaluación basados en los servicios de psicología son parte del expediente médico de OHSU del paciente. Otros empleados de OHSU pueden intercambiar o acceder a información sobre evaluaciones o tratamientos psicológicos actuales o pasados para fines profesionales, y también pueden compartir información con fuentes externas con mi consentimiento o según lo permita la ley. También se dará información básica a compañías de seguro y a otras partes para fines de evaluación, tratamiento y pago, según sea necesario.

Estado de los cuidadores

A excepción de lo indicado arriba en "Tratamiento de menores no emancipados", los padres o tutores legales deben autorizar expresamente la evaluación de un menor antes de iniciar los servicios. Para dar esta autorización, el adulto debe ser un padre con custodia/sin custodia o un tutor legal que tenga el derecho legal de tomar tales decisiones, u otro adulto (por ejemplo, un abuelo, una tía u otro familiar) a quien se le haya dado el derecho legal de tomar una decisión en nombre del menor.

Al firmar abajo, entiendo que estoy indicando que tengo el derecho legal a autorizar la evaluación en nombre del menor mencionado. Si doy mi consentimiento para la evaluación en nombre del menor mencionado, acepto informarles a otras partes que tengan intereses legales sobre el menor, como un padre sin la custodia, que el menor ha comenzado a recibir evaluación psicológica, a menos que informarle a la otra parte no sea lo más conveniente para el menor. Entiendo que otras partes que tengan el derecho legal de tomar decisiones con relación al menor, como un padre sin la custodia, pueden acceder a los registros sobre la atención de mi hijo, a menos que haya documentación legal que lo impida.

Consentimiento informado

El personal del CDRC me informará los aspectos prácticos vigentes de dicha evaluación, incluyendo, entre otros, el acuerdo financiero en torno a la evaluación, los límites de confidencialidad, cualquier supervisión de esta evaluación (incluyendo el nombre del supervisor) y cualquier grabación de audio o de video de dicha evaluación. Si no he podido dar mi consentimiento informado, lo ha hecho alguien que actúa representando mi mayor beneficio o el de mi hijo. Si mi hijo es el sujeto de dicha evaluación y no puede dar su consentimiento legal y vinculante, su consentimiento se obtuvo junto con el mío.

Firma

Al firmar este formulario, acepto que entiendo toda la información aquí mencionada y que he dado mi consentimiento pleno e informado para los procedimientos descritos.

_____/_____/_____: am. pm.
FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL (si corresponde) Fecha (obligatoria) Hora (obligatoria)

RELACIÓN CON EL CLIENTE/PACIENTE

_____/_____/_____: am. pm.
FIRMA DEL MENOR (Si corresponde) Fecha (obligatoria) Hora (obligatoria)



OC4501



**CHILD DEVELOPMENT
AND REHABILITATION CENTER
PATIENT MEDICAL HISTORY
ANTECEDENTES MÉDICOS
DEL PACIENTE**

Página 1 de 9

N.º DE CUENTA
N.º DE EXP. MED.
NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO

Identificación del paciente

Complete este formulario con la mayor cantidad de información posible. Use más hojas si fuese necesario.

Su nombre: _____ Fecha: _____

Relación con el/la menor: _____ ¿Quién es el tutor legal del/de la menor? _____

¿Cómo le gusta a su hijo/a que lo/a llamen? _____

Si se hablan otros idiomas en la casa, ¿cuál entiende más el/la menor? _____

¿Y el que más habla? _____

Marque la casilla si el/la menor es adoptado/a e indique el país de nacimiento: _____
Edad en el momento de la adopción: _____

1. ¿Qué es lo que más le preocupa?
2. ¿Cuándo comenzó a tener estas inquietudes?
3. ¿Qué pruebas o tratamientos le han hecho a su hijo/a por estas cuestiones?
4. ¿Qué le dieron (incluyendo medicamentos) para ayudarlo?
5. ¿Qué es lo que le gusta hacer a su hijo/a?
6. ¿Qué le gustaría que ocurriera como resultado de esta consulta?
7. ¿En qué cree que podría necesitar más ayuda?



**CHILD DEVELOPMENT
AND REHABILITATION CENTER
PATIENT MEDICAL HISTORY
ANTECEDENTES MÉDICOS
DEL PACIENTE**

N.º DE CUENTA
N.º DE EXP. MED.
NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO

Medicamentos, dieta y otras necesidades de atención médica actuales

Anote todos los medicamentos (recetados, de venta sin receta, vitaminas y suplementos) que esté tomando su hijo/a ahora. (Use más hojas si fuese necesario)

¿Se hizo un examen de la vista al/a la menor el año pasado?

Sí No Resultados de la prueba: Satisfactorios No satisfactorios

¿Se hizo un examen de audición al/a la menor el año pasado?

Sí No Resultados de la prueba: Satisfactorios No satisfactorios

¿Tiene las vacunas al día?

Sí No No lo sé

Alergias (especifique):

Medicamentos Alimentos Otras Ninguna conocida



**CHILD DEVELOPMENT
AND REHABILITATION CENTER
PATIENT MEDICAL HISTORY
ANTECEDENTES MÉDICOS
DEL PACIENTE**

N.º DE CUENTA
N.º DE EXP. MED.
NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO

Embarazo e información sobre el nacimiento

Edad de la madre biológica al nacer el/la bebé: _____

¿Cuántas veces estuvo embarazada la madre biológica?: _____

¿Qué número de embarazo es este/a bebé? _____

¿Tuvo la madre algún aborto espontáneo o interrumpió algún embarazo?

Sí ¿Cuántos? _____

No No lo sé

El/la menor está en un hogar de acogida o es adoptado/a y la información perinatal es limitada

La madre biológica bebió alcohol (explique):	Sí	No
La madre biológica consumió drogas recreativas/ilegales (explique):		
La madre biológica sufrió un trauma emocional, trauma físico o estrés considerable		
Otras enfermedades/complicaciones graves durante el embarazo (explique):		

Durante el embarazo, la madre biológica tuvo:	Sí	No
Diabetes		
Presión alta		
Rompió bolsa más de 24 horas antes del parto		
La madre biológica utilizó medicamentos recetados (explique):		
La madre biológica fumó cigarrillos (explique):		

Parto	Sí	No
Parto inducido		
<input type="checkbox"/> Se usaron fórceps o extracción con ventosa		
Parto por cesárea		
Gemelos o parto múltiple		
<input type="checkbox"/> Bebé prematuro; semana en la que nació: _____		
<input type="checkbox"/> Bebé tardío; semana en la que nació: _____		
Peso al nacer: _____		
Talla: _____		
Otras complicaciones (explique):		



**CHILD DEVELOPMENT
AND REHABILITATION CENTER
PATIENT MEDICAL HISTORY
ANTECEDENTES MÉDICOS
DEL PACIENTE**

N.º DE CUENTA
N.º DE EXP. MED.
NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO

Identificación del paciente

Embarazo e información sobre el nacimiento (continuación)

Después del parto el/la bebé tuvo:	Sí	No
Dificultad respiratoria grave		
Infecciones		
Ictericia		
Alimentación por vía intravenosa o por sonda		
Ataques o convulsiones		
Necesitó permanecer en una unidad de cuidados intensivos (UCIN)		
El/la bebé fue dado/a de alta cuando tenía _____ días de nacido/a		
Otras inquietudes (explique):		

Revisión de sistemas (todas las edades)

Ojos, oídos, nariz, boca y garganta	Sí	No
Inquietudes relacionadas con la vista o los ojos		
Inquietudes relacionadas con la audición		
Infecciones de oído frecuentes		
Inquietudes relacionadas con los dientes		
Se ahoga o tiene arcadas durante la alimentación		
Otras inquietudes (explique):		

Piel	Sí	No
Eccema o urticaria		
Otras afecciones de la piel (explique):		
Marcas de nacimiento (explique):		

Sistema cardiorrespiratorio (corazón/pulmones)	Sí	No
Asma		
Tos crónica		
Neumonía		
Soplo o anomalía congénita del corazón		
Otras inquietudes (explique):		



**CHILD DEVELOPMENT
AND REHABILITATION CENTER
PATIENT MEDICAL HISTORY
ANTECEDENTES MÉDICOS
DEL PACIENTE**

N.º DE CUENTA
N.º DE EXP. MED.
NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO

Identificación del paciente

Zona abdominal (estómago/intestinos)	Sí	No
Dolor abdominal		
Falta de apetito		
Selectivo/a con la comida		
Episodios de vómitos		
Estreñimiento frecuente		
Diarrea frecuente		
Otras inquietudes (explique):		

Genitales/vías urinarias	Sí	No
Moja la cama		
Infección renal o del tracto urinario		
Accidentes urinarios durante el día		
Si es niña, ¿ya menstrúa?		
Otras inquietudes (explique):		

Músculos y estructura ósea	Sí	No
Displasia o luxación de cadera		
Malformación en un pie o en una pierna		
Escoliosis u otra malformación de la espalda		
Otras inquietudes (explique):		

Sistema nervioso	Sí	No
Dolores de cabeza frecuentes		
Convulsiones		
Episodios catatónicos		
Tics musculares, espasmos incontrolables		
Lesión grave en la cabeza o pérdida del conocimiento (explique):		
Otras inquietudes (explique):		



**CHILD DEVELOPMENT
AND REHABILITATION CENTER
PATIENT MEDICAL HISTORY
ANTECEDENTES MÉDICOS
DEL PACIENTE**

N.º DE CUENTA
N.º DE EXP. MED.
NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO

Habla y lenguaje	Sí	No	No lo sé
Retrasos en el habla (sonidos)			
¿Usted u otras personas tienen dificultad para entender a su hijo/a?			
¿Se hablan otros idiomas en la casa?			

Sueño	Sí	No	No lo sé
Ronquidos fuertes			
Dificultad para dormirse o permanecer dormido/a			
Otras inquietudes (explique):			

Desarrollo	Edad	No lo sé
Se volteó solo/a		
Pudo sentarse sin apoyo		
Aprendió a gatear		
Caminó solo/a		
Aprendió a andar en triciclo		
Aprendió a andar en bicicleta		
Comenzó a balbucear (sonidos como "baba" o "dada")		
Jugó a "¿Dónde está el bebé?" o al juego de las palmaditas		
Señaló para indicar lo que quería		
Dijo otras primeras palabras distintas de "mamá" y "papá"		
Dijo frases de 2 o 3 palabras		
Usó oraciones		
Aprendió a ir al baño durante el día		



**CHILD DEVELOPMENT
AND REHABILITATION CENTER
PATIENT MEDICAL HISTORY
ANTECEDENTES MÉDICOS
DEL PACIENTE**

N.º DE CUENTA
N.º DE EXP. MED.
NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO

Antecedentes familiares (Complete cada campo y mencione a todos sus familiares o, si sabe esta información, los familiares del/de la niño/a adoptado/a o en acogida)

Nombre de la madre biológica: _____ Edad: _____

¿Alguna inquietud médica, de salud mental o con la escuela/de aprendizaje? Sí No

¿Vive en la casa del/de la niño/a? Sí No

Nombre del padre biológico: _____ Edad: _____

¿Alguna inquietud médica, de salud mental o con la escuela/de aprendizaje? Sí No

¿Vive en la casa del/de la niño/a? Sí No

Familiares importantes:

Nombre: _____ Vínculo con el/la paciente: _____ Edad: _____

¿Vive en la casa del/de la niño/a? Sí No

Nombre: _____ Vínculo con el/la paciente: _____ Edad: _____

¿Vive en la casa del/de la niño/a? Sí No

Nombre: _____ Vínculo con el/la paciente: _____ Edad: _____

¿Vive en la casa del/de la niño/a? Sí No

Nombre: _____ Vínculo con el/la paciente: _____ Edad: _____

¿Vive en la casa del/de la niño/a? Sí No

Nombre: _____ Vínculo con el/la paciente: _____ Edad: _____

¿Vive en la casa del/de la niño/a? Sí No

Nombre: _____ Vínculo con el/la paciente: _____ Edad: _____

¿Vive en la casa del/de la niño/a? Sí No



**CHILD DEVELOPMENT
AND REHABILITATION CENTER
PATIENT MEDICAL HISTORY
ANTECEDENTES MÉDICOS
DEL PACIENTE**

N.º DE CUENTA
N.º DE EXP. MED.
NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO

Antecedentes médicos de la familia biológica: _____

Antecedentes sociales

Enfermedad o lesión grave del/de la niño/a, persona a cargo o hermano/a Sí No

Falta de vivienda Sí No

Inseguridad alimentaria Sí No

Estrés familiar debido a la pérdida de empleo o de ingresos Sí No

Inestabilidad financiera Sí No

Inestabilidad de transporte Sí No

¿Le interesaría ponerse en contacto con recursos que puedan ayudarle con alguno de los puntos que marcó arriba?

Los sucesos que ocurren en la familia o en casa a veces pueden afectar el comportamiento y el aprendizaje de una persona.

Marque aquí si prefiere responder esta parte del formulario en persona

Marque la casilla correspondiente si le sucedió alguna de estas situaciones al/a la paciente:

- El padre o la madre tiene una enfermedad emocional o mental
- Conflictos entre los padres sobre la crianza
- Participación en el tribunal de menores o el sistema judicial
- Participación en servicios sociales/servicios de protección al menor
- Desacuerdos sobre la custodia
- Ubicación en acogida temporal
- Abuso de sustancias/alcohol del padre o la madre
- Exposición a violencia intrafamiliar/física en la casa



**CHILD DEVELOPMENT
AND REHABILITATION CENTER
PATIENT MEDICAL HISTORY
ANTECEDENTES MÉDICOS
DEL PACIENTE**

N.º DE CUENTA
N.º DE EXP. MED.
NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO

- Fallecimiento de padre/madre o hermano/a
- Tratamiento con terapeuta, psicólogo o psiquiatra
- Abandono
- Maltrato físico
- Abuso sexual
- Separación o divorcio de los padres

Cuidado infantil y educación

¿Su hijo/a asiste a la guardería, la escuela o al preescolar? Sí No

Nombre de la escuela/del programa: _____ Grado actual: _____

¿Participa o ha participado en un programa de intervención temprana o de educación especial? Sí No

¿El/la menor recibe otro tipo de apoyo?

Plan de Educación Individualizada (IEP)

Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP)

Apoyos del Título I

Plan 504

Seleccione los apoyos que recibe su hijo/a (si los conoce). Seleccione todas las opciones que correspondan:

- Centro de aprendizaje/salón de recursos
- Terapia del habla
- Terapia ocupacional
- Fisioterapia

- Plan conductual
- Plan o protocolo de alimentación
- Título I, plan 504
- No lo sé

Consejería de salud mental (motivo y duración): _____

¿Considera que su hijo/a necesita ayuda adicional que no está recibiendo en casa o en la escuela? _____

Otro (especifique): _____

Información adicional

¿Algo más que debamos saber sobre su hijo/a? Agregue más páginas si fuera necesario.

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. Culpa a 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 <i>Overall school performance</i>	1	2	3	4	5
49. Lectura <i>Reading</i>	1	2	3	4	5
50. Escritura <i>Writing</i>	1	2	3	4	5
51. Matemáticas <i>Mathematics</i>	1	2	3	4	5
52. Relación con sus padres <i>Relationship with parents</i>	1	2	3	4	5
53. Relación con sus hermanos <i>Relationship with siblings</i>	1	2	3	4	5
54. Relación con sus compañeros <i>Relationship with peers</i>	1	2	3	4	5
55. Participación en actividades organizadas (ejemplo: equipos deportivos) <i>Participation in organized activities (eg, teams)</i>	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: _____

