



**Developmental
Behavioral Pediatrics**
Boston Children's Health Physicians

REGISTRO DE PACIENTE NUEVO Y PAQUETE DE ADMISIÓN

Cuando sus formularios estén completos, envíalos a:

Correo electrónico: Lorena_Imbert@bchphysicians.org

Fax: 914-345-1752

O por correo: 400 Columbus Ave, Suite 200E, Valhalla, NY 10595

No hay lugar de entrega física disponible

PARA QUE NOSOTROS PROGRAMEMOS UNA CITA PARA
USTED, NECESITAMOS LO SIGUIENTE:

- 1) ANVERSO Y REVERSO DE LA(S) TARJETA(S) DE SEGURO
- 2) DERIVACIÓN DE DTD (carta que indica que el paciente está siendo referido a ver Pediatría del Desarrollo)
- 3) PAQUETE DE PACIENTE NUEVO
- 4) CUALQUIER DOCUMENTACIÓN DE SEPARACIÓN/DIVORCIO QUE INDIQUE LA CUSTODIA O LA TOMA DE DECISIONES MEDICAS DEBE SER ENVIADA A NOSOTROS

IMPORTANTE: Actualmente estamos colocando a todos los pacientes en una lista de espera. Una vez que haya una cita disponible, la oficina lo llamará para programar una cita.

* Tenga en cuenta que, una vez que la oficina haya recibido los formularios, puede demorar hasta 72 horas hábiles en ser procesado.



Developmental Behavioral Pediatrics

Boston Children's Health Physicians

19 Bradhurst Ave, Suite 2400N, Hawthorne, NY 10532

914-304-5250 | fax 914-345-1752

DevelopmentalPediatrics@bchphysicians.org | www.bchphysicians.org

Gracias por elegir la División de Pediatría del Desarrollo de los Médicos de Boston Children's Health para la atención de su hijo. Con el fin de ayudarlo a continuar siendo una parte activa del equipo de atención médica de su hijo, queremos aprovechar esta oportunidad para compartir con usted algunos aspectos de cómo funciona nuestra oficina.

Nuestros teléfonos se atienden los días laborables de 8:30 a.m. a 4:30 p.m. Si se comunica con nuestro correo de voz durante el horario de oficina, eso significa que todos los recepcionistas están en otra llamada, pero si deja un mensaje, su llamada será devuelta.

Si necesita hablar con su médico, llame durante el horario de atención. Por las noches, los fines de semana y los días festivos, nuestro sistema telefónico no graba mensajes. Las solicitudes de resurtido de recetas no se pueden registrar fuera del horario de atención ni en días festivos. Por favor, no envíe mensajes urgentes a través del portal del paciente.

Si su hijo está tomando medicamentos:

- En una visita aquí, su médico hablará con usted sobre cuándo su hijo necesita regresar para una visita de seguimiento; Muy a menudo, la renovación del medicamento de su hijo puede verse afectada por si se ha asistido o no a una cita de seguimiento solicitada, o si se ha programado una cita de seguimiento solicitada; Creemos que no es una buena práctica médica renovar los medicamentos sin ver al niño de forma regular.
- Si necesita una recarga, siga las instrucciones del sistema telefónico. Llame o haga una solicitud a través del portal del paciente mientras aún tenga de 5 a 7 días de medicación, ya que es posible que no podamos responder a una solicitud de reposición el mismo día. Espere de 24 a 48 horas para procesar su solicitud. Las solicitudes realizadas a través del portal del paciente serán atendidas en 1-2 días hábiles.
- Además, tenga en cuenta que las regulaciones del estado de Nueva York nos prohíben agregar resurtidos a ciertas recetas de medicamentos.

Si su hijo es menor de 18 años y alguien que no sea el padre lo lleva a visitarlo, debe traer a la visita una nota escrita del padre autorizando a la persona que acompaña a su hijo.

Para proteger la confidencialidad de los registros de su hijo, no podemos divulgar los registros ni hablar sobre su hijo con nadie más que con los padres, a menos que tengamos un formulario de divulgación firmado por la HIPAA en el archivo. Los pacientes que tienen 18 años o más se consideran adultos y deben autorizar a sus padres a participar en su atención o recibir registros.

Queremos asegurarnos de que su hijo sea atendido a tiempo para una cita programada. Asegúrese de registrarse para su cita al menos 15 minutos antes de la hora programada, ya sea que su cita esté programada para una visita en el consultorio o mediante telesalud. Su hijo debe estar presente para la cita, a menos que el médico lo especifique.

Por último, los siguientes formularios de inscripción y admisión deben devolverse antes de que se programe la cita. Envíe estos formularios por fax al 914-345-1752 o por correo electrónico, DevelopmentalPediatrics@bchphysicians.org. Si tiene documentos adicionales que proporcionar, envíelos junto con estos formularios.

Gracias,
División de Pediatría del Desarrollo

Fecha de hoy: _____
Today's date

Nombre del Paciente: _____
Patient Name

Fecha de Nacimiento: _____
Date of Birth

Dirección del paciente: _____
Patient Address

Sexo: Hombre Mujer
Gender: Male Female

Dirección de correo electrónico: _____
Email Address

Teléfono de casa: _____
Home Phone

Teléfono celular: _____
Cell Phone

Médico de atención primaria: _____
Primary Care Physician

Teléfono: _____
Phone

Padre / Garante # 1: _____
Parent / Guarantor #1

Fecha de Nacimiento: _____
Date of Birth

Dirección postal: _____
Address

Relación: _____
Relationship

Teléfono preferido: _____
Preferred Phone

Dirección de correo electrónico: _____
Email Address

Teléfono alternativo: _____
Alternative Phone

Padre / Garante # 2: _____
Parent / Guarantor #2

Fecha de Nacimiento: _____
Date of Birth

Dirección postal: _____
Address

Relación: _____
Relationship

Teléfono preferido: _____
Preferred Phone

Dirección de correo electrónico: _____
Email Address

Teléfono alternativo: _____
Alternative Phone

Nombre del contacto de emergencia: _____
Emergency Contact Name

Número de teléfono: _____
Phone Number

Relación con el paciente: _____
Relationship to Patient

INFORMACIÓN DEL SEGURO *INSURANCE INFORMATION*

Nombre del seguro primario: _____ Fecha de vigencia: _____
Primary Insurance Name Effective Date

Dirección del seguro: _____
Insurance Address

Número de identificación de miembro: _____ Número de grupo: _____
Member ID # Group #

Nombre del titular de la tarjeta *Cardholder Name*: _____

Titular de la tarjeta fecha de nacimiento *Cardholder DOB*: _____ Sexo *Gender*: M F

Nombre del seguro secundario: _____ Fecha de vigencia: _____
Secondary Insurance Name Effective Date

Dirección del seguro: _____
Insurance Address

Número de identificación de miembro: _____ Número de grupo: _____
Member ID # Group #

Nombre del titular de la tarjeta *Cardholder Name*: _____

Titular de la tarjeta fecha de nacimiento *Cardholder DOB*: _____ Sexo *Gender*: M F

Empleador *Employer*: _____

Dirección del empleado *Employer Address*: _____

Divulgación de información y cesión de beneficios *Release of Information and Assignment of Benefits*

Por la presente autorizo a BCHP a divulgar información sobre el tratamiento o los servicios prestados a Medicare u otras compañías de seguros responsables de mi atención o la de mis dependientes. Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare / otra compañía de seguros se realice a mí o en mi nombre a BCHP por cualquier servicio prestado. Se me ha informado que si mi seguro requiere un copago, debe pagarlo en el momento de mi visita. De lo contrario, se agregará un recargo de \$ 15 a mi factura.

I hereby authorize BCHP to release information regarding treatment or services rendered to Medicare/other insurance carriers responsible for my or my dependent's care. I request that payment of authorized Medicare/ other insurance company benefits be made to either me or on my behalf to BCHP for any services rendered. I have been advised that if my insurance requires a co-pay, it is due at the time of my visit. Otherwise, a \$15 surcharge will be added to my bill.

*Firma del paciente o representante autorizado
Signature of Patient or Authorized Representative*

*Fecha
Date*

TARJETAS DE SEGURO *INSURANCE CARDS*

Las tarjetas de seguro deben presentarse en cada visita. Si no presenta la tarjeta del seguro en el momento de la visita, será responsable del pago de los servicios prestados por Boston Children's Health Physicians, LLP.

Insurance cards must be presented at each visit. If you do not present the insurance card at the time of the visit, you will be responsible for the payment of services rendered by Boston Children's Health Physicians, LLP.

REFERENCIAS REFERRALS

Tenga en cuenta que una referencia completa de su proveedor de atención primaria para que los servicios se facturen a su compañía de seguros por cada servicio prestado. Comuníquese con su proveedor de atención primaria para obtener una remisión.

Si no recibimos la derivación adecuada, usted será responsable del pago de los servicios prestados por Boston Children's Health Physicians, LLP.

Please be advised that a completed referral from your primary care provider in order for services to be billed to your insurance company for each service rendered. Please contact your primary care provider to obtain a referral.

If we do not receive the appropriate referral, you will be responsible for payment of services rendered by Boston Children's Health Physicians, LLP.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) Name of Patient

Fecha de nacimiento Date of Birth

Nombre del padre / tutor (en letra de imprenta) Name of Parent/Guardian

Relación con el paciente Relationship to Patient

Firma del paciente (si es mayor de 18 años) o padre/tutor
Signature of Patient (if over 18) or Parent/Guardian

Fecha de hoy Today's Date

El gobierno federal está pidiendo a todos los médicos que recopilen información sobre la raza y el origen étnico para controlar la calidad de la atención médica y para garantizar que todos los pacientes, independientemente de su raza y origen étnico, reciban la mejor atención posible. Estamos comprometidos a brindar atención médica integral y culturalmente sensible, y la recopilación de esta información también nos brinda información que puede ayudarnos a servir mejor a su familia. Si decide proporcionarnos esta información, mantendremos su identidad confidencial.

The federal government is asking all physicians to collect race and ethnicity information to monitor the quality of medical care and to ensure that all patients, regardless of race and ethnicity, get the best care possible. We are committed to providing culturally-sensitive, whole-person medical care and collecting this information also gives us information that can help us serve your family better. If you choose to provide us with this information, we will keep your identity confidential.

Con esto en mente, le pedimos que complete lo siguiente. Si opta por no participar, indíquelo a continuación.

With this in mind, we ask that you complete the following. If you choose not to participate, please indicate it below.

¿Qué categoría describe mejor la raza del paciente? Which category best describes the patient's race?

Indio Americano o Nativo de Alaska
American Indian or Alaska Native

Asiático
Asian

Negro / Afroamericano
Black/African American

Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico
Native Hawaiian or Other Pacific Islander

Blanco
White

Otro
Other

¿Qué categoría describe mejor la etnia del paciente? Which category best describes the patient's ethnicity?

Hispano / Latino
Hispanic/Latino

No Hispano / Latino
Non-Hispanic/Latino

Si es Hispano/Latino: Mexicano
If Hispanic/Latino: Mexican

Puertorriqueño
Puerto Rican

Cubano
Cuban

Otro
Other

Idioma Preferido: Inglés
Preferred Language: English

Español
Spanish

Otro: _____
Other

No deseo proporcionar esta información I do not wish to provide this information



Dirección de la oficina 19 Bradhurst Ave. Suite 2400N, Hawthorne,
NY 10532 Dirección postal 400 Columbus Ave. Suite 200E, Valhalla,
NY 10595 Tel 914-304-5250 | Fax: 914-345-1752

DevelopmentalPediatrics@bchphysicians.org | www.bchphysicians.org

Cuestionario de admisión

Tómese el tiempo para completar este paquete antes de la primera cita de su hijo. Esto nos permitirá aprender más sobre su hijo para que podamos ayudarlo mejor. Si una pregunta o sección en particular no se aplica, pase al siguiente punto.

Información general

Nombre del niño:	
Nombre preferido (si lo hay):	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra
Fecha de nacimiento:	Edad:
Persona que completa el formulario:	Relación con el niño:

PREOCUPACIONES URGENTES: ¿Tiene alguna de las siguientes preocupaciones urgentes sobre su hijo? Nueva aparición / Súbita

<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Dificultad para tragar o atragantarse	<input type="checkbox"/> Pensamientos suicidas o intento de tener un hijo
<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza intenso	<input type="checkbox"/> Debilidad severa o falta de coordinación	<input type="checkbox"/> Oír voces o ver cosas/Alucinaciones
<input type="checkbox"/> Pérdida de la visión o la audición	<input type="checkbox"/> Incapacidad para usar una o más extremidades	<input type="checkbox"/> Seguridad de cualquier miembro de la familia (incluido este niño)

Por favor, explique:

Por favor, comprenda que BCHP Developmental-Behavioral Pediatrics tiene una lista de espera. Debido a que algunas preocupaciones necesitan atención más urgente, si su hijo tiene alguno de los problemas anteriores, comuníquese también con su pediatra mientras espera su cita.

Por favor, haga una lista de tres cosas sobre su hijo que le den alegría o en las que su hijo sea bueno.

El desarrollo y el comportamiento de su hijo

¿Tiene inquietudes sobre alguna de las siguientes áreas de desarrollo o comportamientos? Por favor, descríbalos a continuación.

Área de Desarrollo	Comentarios
<input type="checkbox"/> Desarrollo general	
<input type="checkbox"/> Habilidades cognitivas/de pensamiento	
<input type="checkbox"/> Habla/lenguaje	
<input type="checkbox"/> Habilidades motoras	
<input type="checkbox"/> Habilidades sociales	
<input type="checkbox"/> Habilidades de autoayuda	
<input type="checkbox"/> Dormir, alimentarse o comer	

Comportamiento	Comentarios
<input type="checkbox"/> Hiperactividad, impulsividad y/o falta de atención	
<input type="checkbox"/> Intereses intensos o inusuales	
<input type="checkbox"/> Interacción social limitada	
<input type="checkbox"/> Comportamientos repetitivos	
<input type="checkbox"/> Intereses o aversiones sensoriales	
<input type="checkbox"/> Irritabilidad y/o agresividad	
<input type="checkbox"/> Comportamiento obstinado u oposicionista	
<input type="checkbox"/> Preocupaciones o ansiedad	

Proporcione información adicional sobre las áreas anteriores, así como cualquier otra inquietud que pueda tener con respecto al desarrollo, el comportamiento y la salud mental de su hijo.

Cuestionario de ingesta

Lo mejor que pueda recordar, anote la edad o marque el momento apropiado en el que su hijo alcanzó los siguientes hitos del desarrollo.

Habilidad de desarrollo		Edad	Si no se puede recordar la edad			
			Temprano	Promedio	Tarde	No Todavía
Cognitivo y Lenguaje	Dijo las primeras palabras		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Buscó objetos ocultos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Seguí instrucciones sencillas de un solo paso		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Habló en frases de 2 palabras		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hablaba en oraciones		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	El habla fue entendida completamente por Extraños		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricidad gruesa	Se sentó sin apoyo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tirado para ponerse de pie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Caminaba de forma independiente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Corrió con coordinación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Subir escaleras alternando los pies		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricidad fina	Garabateado espontáneamente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Objetos apilados		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Recogía la comida con los dedos y se la comía		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Usé un agarre de lápiz (pulgar y dedos)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cortar con tijeras		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dibujó una persona con 3 partes del cuerpo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personal-Social y Lúdico	Sonrió en respuesta		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se giraba cuando se llamaba por su nombre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Señalado para pedir algo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Participar en juegos de simulación/imaginación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Jugó junto a otros niños (paralelo)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se juega de forma cooperativa y se comparte		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autoayuda	Ayudó a vestirse/desvestirse a sí mismo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Comió con cuchara y tenedor		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Entrenado para ir al baño		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Comía de forma independiente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Interacciones entre pares

Describe las interacciones de su hijo con sus compañeros:

¿Las interacciones con los compañeros de su hijo se ven afectadas negativamente por problemas de impulsividad, comunicación no verbal o respeto al espacio personal? Sí No

Dieta, nutrición y eliminación

¿Su hijo es quisquilloso con la comida? Sí ¿Su
hijo es sensible a las texturas de los alimentos? Sí ¿Su
hijo defeca regularmente? Sí
 No

Dormir

¿A qué hora se va a la cama su hijo? _____ PM ¿A qué hora se despierta su hijo? _____ AM
¿Su hijo se duerme de forma independiente? Sí No
¿Su hijo tiene dificultades para conciliar el sueño? Sí
¿Su hijo duerme toda la noche? Sí
¿Su hijo ronca? Sí No
¿Su hijo tiene un sueño inquieto? Sí No
¿Su hijo mantiene una hora estable para acostarse?
 Sí
¿No hay 7 días a la semana? Sí No
¿Su hijo está cansado durante el día? Sí No

Otras actividades

En promedio, ¿cuánto tiempo pasa su hijo con una pantalla cada día (por ejemplo, televisión, iPad/tableta, teléfono)?

1 hora o menos Más de 1 hora, por favor estime el tiempo: _____

¿Qué actividades suele realizar su hijo cuando está en línea?

YouTube / Streaming Videojuegos Redes Sociales Otro: _____

¿Su hijo tiene alguna actividad extracurricular o hace deportes? ¿Cuáles son las fortalezas de su hijo? ¿Cuáles son sus intereses y actividades favoritas?

La educación de su hijo

Complete la siguiente información sobre la escuela/preescolar/guardería actual de su hijo.	
Nombre de la escuela/distrito	
Grado/aula actual	
Tipo de clase	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Integrado o co-didacta <input type="checkbox"/> Educación especial
Número de alumnos por clase	
Número de docentes/ayudantes en clase	

¿Tiene su hijo un Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP), un Plan de Educación Individualizado (IEP) o un Plan 504?

- IFSP (en inglés)
 IEP
 Plan 504
 Ninguno

¿Cuál es la clasificación educativa de su hijo?

- Autismo
 Niño en edad preescolar con una discapacidad
 Discapacidad del habla/lenguaje
 OHI-TDAH
 Discapacidad Especifica de Aprendizaje
 Otro _____

¿Su hijo recibe adaptaciones o servicios especiales en la escuela o a través de la intervención temprana?

Servicio	Describir
<input type="checkbox"/> Educación especial	
<input type="checkbox"/> Apoyo conductual (p. ej., ABA)	
<input type="checkbox"/> Fisioterapia	
<input type="checkbox"/> Terapia ocupacional	
<input type="checkbox"/> Terapia del habla/lenguaje	
<input type="checkbox"/> Otro (especificar)	

¿Su hijo recibe alguna otra terapia o servicio fuera de la escuela o en privado?

Servicio	Describir
<input type="checkbox"/> PT, OT o Habla	
<input type="checkbox"/> Apoyo conductual (p. ej., ABA)	
<input type="checkbox"/> Consejería o Psicoterapia	
<input type="checkbox"/> Otro (especificar)	

El nacimiento de su hijo

¿A las cuántas semanas nació su hijo? _____ Peso al nacer: _____

Tipo de entrega: Vaginal Cesárea Si es una cesárea, ¿por qué? _____

Edad de la madre en el momento del parto: _____ Edad del padre en el momento del parto: _____

¿De qué número de embarazo se trataba? _____ ¿De qué número de entrega se trataba? _____

Compruebe si ha ocurrido alguna de las siguientes situaciones durante su embarazo:

<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problemas para aumentar de peso
<input type="checkbox"/> Trabajo de parto temprano/reposo en cama	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Infección
<input type="checkbox"/> Medicación prescrita	<input type="checkbox"/> Amniocentesis fetal anormal Prueba de cribado	<input type="checkbox"/> Problemas de tiroides
<input type="checkbox"/> Tratamientos de fertilidad	<input type="checkbox"/> Aborto espontáneo reciente	<input type="checkbox"/> Consumo de tabaco
<input type="checkbox"/> Consumo de alcohol	<input type="checkbox"/> Consumo de drogas	<input type="checkbox"/> Otros problemas/enfermedades

Si ha marcado alguna de las opciones anteriores, explique:

¿Hubo algún problema durante el trabajo de parto o el parto? En caso afirmativo, explique:

Compruebe si hubo problemas con lo siguiente justo después del nacimiento o durante el primer año de vida:

<input type="checkbox"/> Cuidados Intensivos/Cuidados Especiales Estancia en la guardería	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Aumento de peso
<input type="checkbox"/> Alimentación	<input type="checkbox"/> Durmiente	<input type="checkbox"/> Taburete
<input type="checkbox"/> Cólicos/Llanto excesivo	<input type="checkbox"/> Oído	<input type="checkbox"/> Visión
<input type="checkbox"/> Infecciones	<input type="checkbox"/> Hospitalizaciones	<input type="checkbox"/> Otros problemas

Si ha marcado alguna de las opciones anteriores, explique:

La salud de su hijo

¿Cuándo fue la última visita de su hijo con su proveedor de atención primaria? _____

¿Cuándo fue la última revisión o evaluación de la vista de su hijo? _____ Normal Otro resultado _____

¿Examen o evaluación de audición? _____ Normal Otro resultado _____

¿Están al día las vacunas de su hijo? Sí No

Verifique si su hijo *tiene actualmente, o tuvo en el pasado*, alguno de los siguientes problemas médicos enumerados abajo:

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Problema de visión	<input type="checkbox"/> Problema de audición
<input type="checkbox"/> Convulsiones o episodios de mirada fija	<input type="checkbox"/> Problemas genéticos o metabólicos	<input type="checkbox"/> Anemia/recuento sanguíneo bajo
<input type="checkbox"/> Nivel elevado de plomo	<input type="checkbox"/> Problema cardíaco	<input type="checkbox"/> Estreñimiento
<input type="checkbox"/> Pruebas de detección anormales en el recién nacido	<input type="checkbox"/> Desmayos/mareos	<input type="checkbox"/> Otros problemas:

Si ha comprobado alguno de los puntos anteriores, por favor explique. Además, proporcione información sobre cualquier enfermedad grave que haya experimentado su hijo.

Haga una lista de todos los medicamentos que su hijo está ***tomando actualmente***, incluidos los medicamentos de venta libre, las vitaminas o los suplementos nutricionales. Además, díganos si su hijo está siguiendo un tipo especial de dieta o está evitando ciertos alimentos.

Medicamentos/Suplementos/Dieta	Fecha de inicio	Dosis y frecuencia	Comentarios

Haga una lista de cualquier medicamento que su hijo haya tomado ***en el pasado para el*** estado de ánimo, el comportamiento u otros problemas de desarrollo/comportamiento.

Medicamentos	Fecha de inicio/terminación	Dosis y frecuencia	Comentarios

Cuestionario de ingesta

A continuación, enumere cualquier alergia que su hijo tenga a medicamentos, alimentos o al medio ambiente.

Alergia	Describir la reacción

Haga una lista de los especialistas médicos que su hijo haya visto ahora o en el pasado y proporcione la fecha aproximada de la visita más reciente.

Especialista	Fecha	Motivo de la visita

Enumere cualquier prueba médica especializada que le hayan hecho a su hijo (por ejemplo, EEG, EKG, MRI, prueba de cromosomas, pruebas genéticas, pruebas de audición, pruebas de la vista) y los resultados, si se conocen.

Prueba	Fecha	Resultado

Haga una lista de las lesiones importantes, hospitalizaciones o cirugías que haya tenido su hijo.

Lesión/Hospitalización/Cirugía	Edad	Comentarios

Evaluaciones previas

¿Su hijo ha tenido alguna prueba o evaluación educativa y/o psicológica?

Si está disponible, tráiganos o envíenos una copia de las pruebas más recientes. El personal de la oficina no podrá hacer copias.

Fecha	Entorno/Instalación (p. ej., Intervención Temprana, CPSE, CSE, neuropsicólogo, otro profesional)	Resultados

El hogar y el entorno de su hijo

¿Quién vive en casa?

Nombre	Edad	Relación con el niño	Nivel de educación

Son los padres del niño Casado Socios Por Separado/divorciado, desde _____ Otros

favor describa los acuerdos de custodia actuales: _____

Ocupación de los padres: Madre _____ P a d r e _____

Cuidado de niños: Padres Otro (sírvase describir) _____

Idioma principal que se habla en el hogar: Inglés Español Otro _____

¿Su hijo es bilingüe? Sí No

Si es así, ¿cuáles son los idiomas? _____

La salud familiar de su hijo

Indique si alguno de los parientes de su hijo (abuelos, tías, tíos, primos hermanos, hermanos, padres). tiene alguno de los siguientes trastornos. Por favor, no incluya a las personas que se han casado en la familia.

Desorden	Relación con Niño	Del lado de la madre	Del lado de la padre	Describir
TDAH, problemas de atención o hiperactividad		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastorno del espectro autista, Síndrome de Asperger, PDD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Retardo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Discapacidad Intelectual Retraso mental		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de aprendizaje Dislexia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Discapacidades físicas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ansiedad Obsesiva-Trastorno compulsivo, trastorno de estrés postraumático		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastorno bipolar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Depresión		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Esquizofrenia o psicosis		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Consumo de alcohol / drogas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastornos neurológicos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Convulsiones / Epilepsia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas cardíacos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trastornos genéticos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Muerte súbita / inexplicable		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Gracias por tomarse el tiempo de proporcionar esta información.
Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con la oficina al (914) 304-5250.**