



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:

OP17A - OHSU Health Information Management  
Oregon Health & Science University  
P3181 SW Sam Jackson Park Rd  
Portland, OR 97329-9745  
Fax: (503) 494-4447  
Correo electrónico: [eugenereferrals@ohsu.edu](mailto:eugenereferrals@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:

OP17A - OHSU Health and Information Management  
Oregon Health and Science University  
3181 SW Sam Jackson Park Road  
Portland, OR 97239-9745

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

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



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

*Completar en todas las páginas*

**Complete este formulario con toda la información posible. Use otras hojas si es necesario.**

Su nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_ ¿Quién es el tutor legal del niño? \_\_\_\_\_

¿Cómo le gusta a su hijo que lo llamen? \_\_\_\_\_

1. ¿Qué es lo que más le preocupa?
2. ¿Cuándo comenzaron estas preocupaciones?
3. ¿Qué pruebas o tratamientos le han hecho a su hijo en relación con estas preocupaciones?
4. ¿Qué le dieron (incluyendo medicamentos) para ayudarlo?
5. ¿Cuáles son las fortalezas de su hijo?
6. ¿Cuáles son sus expectativas para esta consulta?

**Medicamentos, dieta y otras necesidades de atención médica actuales**

Liste todos los medicamentos (recetados y de venta sin receta) que esté tomando su hijo ahora.  
(Use otras hojas si es necesario)

¿Toma el niño algún complemento multivitamínico?  Sí  No ¿Toma el niño fluoruro?  Sí  No

¿Tiene el niño una dieta especial? (explique)

Otras necesidades de atención médica (atención por traqueotomía, sonda gástrica, colostomía, etc.):

¿Se le hizo al niño una prueba de la vista el año pasado?:  Sí  No  
Resultados:  Satisfactorios  No satisfactorios (explique)

¿Se le hizo al niño una prueba de la audición el año pasado?:  Sí  No  
Resultados:  Satisfactorios  No satisfactorios (explique)

¿Tiene las vacunas al día?  Sí  No  No sé

Alergias (enumere):  Medicamentos  Comida  Otros



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Embarazo e historia de nacimiento**

*Completar en todas las páginas*

Edad de la madre al momento del nacimiento del bebé: \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces estuvo embarazada la madre? \_\_\_\_\_

¿Qué número de embarazo es este bebé? \_\_\_\_\_

¿La madre tuvo algún aborto espontáneo o interrumpió algún embarazo?

Sí  No  No sé

La atención prenatal empezó en el \_\_\_\_\_ mes de embarazo

Durante el embarazo, la madre tuvo:	Sí	No	No sé
Sangre RH negativo			
Diabetes			
Presión alta			
Toxemia durante el embarazo			
Sangrado o manchado vaginal			
Infección en la vejiga o en los riñones			
Dolores de parto o calambres aparte de los de parto			
Fiebre alta/Enfermedad similar a la gripe			
Infección vaginal			
Ruptura de membrana más de 24 horas antes del parto			
<input type="checkbox"/> Demasiado o <input type="checkbox"/> muy poco líquido amniótico			
La madre tomó medicamentos recetados (explique):			
La madre fumó cigarrillos			
La madre bebió alcohol			
La madre consumió drogas recreativas/ilegales (explique):			
La madre sufrió un trauma emocional o estrés considerable			
Otras enfermedades/complicaciones graves durante el embarazo (explique):			

Parto	Sí	No	No sé
Parto inducido			
Duración del trabajo de parto: _____ horas			
<input type="checkbox"/> Se usaron fórceps o <input type="checkbox"/> parto con ventosa			
El bebé nació de nalgas o con los pies primero			
Parto por cesárea			
Fue difícil lograr que el bebé respirara			
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: _____			
Puntuación de Apgar (si la conoce): 1 minuto: _____ 5 minutos: _____			
Otras complicaciones (explique):			

Después del parto el bebé tuvo:	Sí	No	No sé
Dificultad respiratoria grave			
Infecciones			
Ictericia			
Alimentación por vía intravenosa o por sonda			
Dificultad para establecer la alimentación			
Ataques o convulsiones			
Anomalías congénitas (explique):			
Necesitó permanecer en una unidad de cuidados intensivos			
Al bebé se le dio el alta cuando tenía _____ días			
Otras preocupaciones (explique):			



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

*Completar en todas las páginas*

<b>En los primeros seis meses de vida:</b>	Sí	No	No sé
Fue difícil alimentar al bebé			
El bebé aumentó poco de peso			
El bebé parecía tener demasiado sueño o estar demasiado cansado para comer			
El bebé parecía "flojo" o se observó que tenía tono bajo			
El bebé tenía muchos vómitos o demasiada regurgitación			
El bebé tuvo convulsiones			
Otras enfermedades/complicaciones graves (explique):			

**Revisión de los sistemas (todas las edades)**

<b>Ojos, oídos, nariz, boca y garganta</b>	Sí	No	No sé
Preocupaciones relacionadas con la vista o los ojos			
Usa anteojos			
Tiene ojo vago o dificultad muscular ocular			
Preocupaciones relacionadas con la audición			
Usa audífonos o tiene un implante coclear			
Tiene infecciones de oído frecuentes			
Preocupaciones relacionadas con los dientes			
Dificultades para masticar o tragar			
Se ahoga o tiene arcadas durante la alimentación			
Dolores de garganta o amigdalitis frecuentes			
Otras preocupaciones (explique):			

<b>Piel</b>	Sí	No	No sé
Eccema o urticaria			
Otra condición de la piel (explique):			

<b>Sistema cardiorrespiratorio (corazón/pulmones)</b>	Sí	No	No sé
Rinitis alérgica o asma			
Tos crónica			
Dificultad para respirar			
Neumonía			
Soplo o anomalía congénita del corazón			
Presión alta			
Otras preocupaciones (explique):			

<b>Zona abdominal (estómago/intestinos)</b>	Sí	No	No sé
Dolor abdominal			
Falta de apetito (selectivo con la comida)			
Regurgitación frecuente después de comer			
Episodios de vómitos			
Estreñimiento frecuente			
Diarrea frecuente			
Come objetos no comestibles (tierra, pintura)			
Hepatitis o ictericia después de 1 mes de edad			
Otras preocupaciones (explique):			



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

*Completar en todas las páginas*

<b>Genitales/Vías urinarias</b>	Sí	No	No sé
Moja la cama			
Anomalías en: <input type="checkbox"/> el pene/los testículos <input type="checkbox"/> la vagina/los genitales femeninos			
Infección renal o de las vías urinarias			
Dificultad para orinar			
Accidentes urinarios durante el día			
En el caso de las niñas, ¿ya menstrúa?			
En el caso de las niñas, ¿tiene dificultades con la menstruación? (explique):			
Otras preocupaciones (explique):			

<b>Músculos y estructura ósea</b>	Sí	No	No sé
Displasia o luxación de cadera			
Deformidad en un pie o en una pierna			
Escoliosis u otra deformidad de la espalda			
Dolores recurrentes en las piernas o en la espalda			
Fracturas (explique):			
Tardó en caminar o tiene retraso en las habilidades motrices			
El paciente se tropieza y se cae con frecuencia			
Calambres musculares frecuentes			
Otras preocupaciones (explique):			

<b>Sistema nervioso</b>	Sí	No	No sé
Dolores de cabeza frecuentes			
Convulsiones o ataques			
Ausencias epilépticas			
Tics musculares, espasmos incontrolables			

	Sí	No	No sé
Lesión grave en la cabeza o pérdida del conocimiento (explique):			
Otras preocupaciones (explique):			

<b>Hospitalizaciones</b>	
Motivos de la hospitalización:	Fecha:
Motivos de la hospitalización:	Fecha:
Motivos de la hospitalización:	Fecha:

<b>Procedimientos quirúrgicos</b>	
Procedimiento:	Fecha:
Procedimiento:	Fecha:
Procedimiento:	Fecha:

<b>Mencione otras evaluaciones médicas que le hayan hecho al niño (por ejemplo, pruebas neurológicas, MRI, EEG, pruebas genéticas o pruebas gastroenterológicas, etc.)</b>	
Procedimiento:	Fecha:
Procedimiento:	Fecha:
Procedimiento:	Fecha:



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

*Completar en todas las páginas*

Desarrollo (edad en la que se logró)	Años	Meses	No sé
Se volteó solo			
Pudo sentarse sin apoyo			
Aprendió a gatear			
Caminó solo			
Aprendió a subir las escaleras			
Aprendió a andar en triciclo			
Aprendió a pasear 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 frases			
Contó historias/Relató hechos			
Aprendió a ir al baño durante el día			
No mojó el pañal durante la noche			

Habla y lenguaje	Sí	No	No sé
Retrasos en el habla (sonidos)/ lenguaje (palabras)			
La voz suena diferente a la de otros niños			
Produce sonidos de forma incorrecta			
La familia no comprende cuando habla			
Otras personas no comprenden cuando habla			
¿Se hablan otros idiomas en la casa?			
Si se hablan otros idiomas en la casa, ¿cuál entiende más el niño? _____			
¿Cuál es el que más habla? _____			

Actividades de la vida diaria	Sí	No	No sé
Puede beber de la taza sin derramar			
Puede usar la cuchara sin derramar			
Se pone la camisa y los pantalones sin ayuda			
Va al baño sin ayuda			
Se baña o se ducha sin ayuda			

Conducta	Sí	No	No sé
El niño se irrita con frecuencia			
El niño tiene rabieta frecuentes			
El niño es demasiado activo			
El niño es inmaduro, actúa como un niño más pequeño			
El niño no juega bien con otros			
El niño tiene una sensibilidad inusual a los sonidos, a las texturas, al tacto o a las comidas			
El niño busca cosas para tocar, se mueve de forma excesiva o inusual, se pone objetos en la boca o come objetos no comestibles			
Otras preocupaciones (explique):			

Sueño	Sí	No	No sé
Ronquidos fuertes			
Largas pausas respiratorias durante el sueño			
Dificultad para conciliar el sueño			
Se despierta durante la noche/Tiene problemas para permanecer dormido			
Pesadillas/Terror nocturno			
Otras preocupaciones (explique):			



Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

*Completar en todas las páginas*

**Historia familiar/social** (complete cada campo y mencione a todos sus familiares)

Marque la casilla si el niño es adoptado, e indique el país de origen: \_\_\_\_\_ y la edad en el momento de la adopción: \_\_\_\_\_

Nombre (agregue el apellido si es diferente al del paciente)	Relación	Edad	Nivel de estudios terminado	¿Tiene alguna preocupación médica, de salud mental, con la escuela de aprendizaje?	¿Vive en la casa del niño?
	Madre biológica				
	Padre biológico				

Ocupaciones actuales de los padres:

Mencione todas las demás personas que vivan en la casa (padrastro, hermanastro, hijo adoptivo, tío, amigo de la familia, abuelo, etc.):

Mencione cualquier otro familiar que tenga condiciones médicas o de salud mental similares:

A veces, los eventos que suceden en la familia o en la casa 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 a la familia o al paciente:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Una persona que vive en la casa tiene un problema de salud grave      | <input type="checkbox"/> Preocupaciones con la documentación (inmigración)   | <input type="checkbox"/> Hospitalización por una enfermedad grave                      |
| <input type="checkbox"/> El padre o la madre tiene una enfermedad emocional o mental           | <input type="checkbox"/> Conflictos entre los padres/el niño                 | <input type="checkbox"/> Fallecimiento de un padre o hermano                           |
| <input type="checkbox"/> Conflictos entre los padres sobre la crianza                          | <input type="checkbox"/> Desacuerdos sobre la custodia                       | <input type="checkbox"/> Traslados militares prolongados del padre o la madre          |
| <input type="checkbox"/> Participación en el tribunal de menores o el sistema judicial         | <input type="checkbox"/> Problemas económicos                                | <input type="checkbox"/> Tratamiento ofrecido por un terapeuta, psicólogo o psiquiatra |
| <input type="checkbox"/> Nacimiento/adopción reciente de otro hijo                             | <input type="checkbox"/> Conflictos importantes entre hermanos               | <input type="checkbox"/> Participación en capacitación sobre crianza o comportamiento  |
| <input type="checkbox"/> Sin comida/Sin dinero para comprar comida                             | <input type="checkbox"/> Familia monoparental                                | <input type="checkbox"/> Negligencia   |
| <input type="checkbox"/> Participación en servicios sociales/ servicios de protección al menor | <input type="checkbox"/> Ubicación en crianza temporal                       | <input type="checkbox"/> Maltrato físico   |
| <input type="checkbox"/> Separación del padre o ubicación fuera de la casa                     | <input type="checkbox"/> Abandono por parte del padre o la madre             | <input type="checkbox"/> Abuso sexual  |
|  | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias/alcohol del padre o la madre    | <input type="checkbox"/> Separación  |
|  | <input type="checkbox"/> Vivienda inestable                                  | <input type="checkbox"/> Divorcio  |
|  | <input type="checkbox"/> Exposición a violencia doméstica/ física en la casa |  |





Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

*Completar en todas las páginas*

**Cuidado infantil y educación**

¿Asiste su hijo a un programa de cuidado infantil?  Sí  No En caso afirmativo, ¿dónde?

¿Participa su hijo en un programa de intervención temprana o de educación especial?  Sí  No

¿Dónde?

¿Asiste su hijo a la escuela o al preescolar?  Sí  No

Nombre de la escuela/del programa:

Grado actual:

¿Repitió su hijo algún grado?  Sí  No

¿Recibe su hijo ayuda adicional en la escuela o en la comunidad? (marque todas las opciones que correspondan):

- Centro de aprendizaje/sala de apoyo  Terapia ocupacional  Plan conductual  
 Terapia del habla  Fisioterapia  Plan o protocolo de alimentación  
 Consejería de salud mental (motivo y duración): \_\_\_\_\_  
 Otra (especifique): \_\_\_\_\_

¿Recibe el niño otro tipo de apoyo?

- Programa de Educación Individualizado (IEP)  Plan 504  Apoyos del Título I  Clases de inglés como idioma extranjero (ELL/ESL)

¿Cómo cree que le va a su hijo en la escuela?	Muy por debajo del nivel de grado	Ligeramente por debajo del nivel de grado	En el nivel de grado	Ligeramente por encima del nivel de grado	Muy por encima del nivel de grado
Matemáticas					
Lectura					
Lenguaje escrito					
Ortografía					
¿Qué actividades/intereses extraescolares tiene?					

Contactos de atención médica	Nombre	Lugar
Proveedor de atención primaria actual		
Especialistas actuales: médico, terapeuta del habla, OT, PT, etc. (si corresponde)		
Dentista actual		
Proveedor de salud mental actual (si corresponde)		
Otros médicos/clínicas que le ofrecen atención		
Nombre del hospital donde nació		



DOERNBECHER  
**CHILDREN'S**  
*Hospital*

Child Development and  
Rehabilitation Center de OHSU  
Historia médica del paciente  
Página 8 de 8

Nombre del paciente:

---

Fecha de nacimiento:

---

*Completar en todas las páginas*

### **Más información**

¿Hay alguna otra información sobre su hijo que sea importante y que nosotros debamos saber?