

SAINT PETER'S UNIVERSITY HOSPITAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN
FORMULARIO DE ADMISIÓN PEDIÁTRICA

Nombre del niño (en letra de imprenta): _____ Nombre del padre o tutor que llena el formulario (en letra de imprenta): _____
 Relación con el niño: _____ Fecha: _____

Marque o encierre en un círculo las casillas que correspondan para su hijo. Toda la información se mantendrá bajo estricta reserva.

Antecedentes médicos pertinentes			Comentarios	Estado de salud actual			Comentarios
	Sí	No			Sí	No	
Tiene su hijo:				¿Ha observado alguno de los siguientes síntomas en su hijo o se ha quejado su hijo de lo siguiente?			
1. Defectos cardíacos congénitos				1. Debilidad en los brazos Debilidad en las piernas			
2. Convulsiones				2. Cambio de peso reciente			
3. Hemorragia intraventricular (IVH, por sus siglas en inglés)				3. Cansancio, dificultad para dormir o apnea			
4. Leucomalacia periventricular (LPV)				4. Náuseas o vómitos.			
5. Hidrocefalia				5. Problemas urinarios o con las deposiciones			
6. Parálisis cerebral				6. Dolor o hinchazón de las articulaciones u ósea			
7. Anomalías congénitas				7. Fiebre, escalofríos o sudoración			
8. Meningitis				8. Problemas de coordinación o equilibrio			
9. Displasia broncopulmonar (DBP)				9. Mareos o dolores de cabeza			
10. Déficit neurológico				10. Dolor nocturno			
11. Traqueotomía				11. Dificultad para respirar, tos, dificultad para tragar			
12. Retinopatía del prematuro (ROP)				12. Problemas de la vista			
13. Trastornos craneofaciales				13. Zumbido en los oídos o problemas auditivos			
14. Problemas de alimentación				14. Dificultad para caminar			
15. Defectos del tubo neural				15. Dolor de pecho o palpitaciones cardíacas			
16. Síndrome de Down				16. Problemas cutáneos			
17. Asma u otro				17. Depresión			
18. Cáncer, trastornos sanguíneos o anemia				18. Otros			
19. Diabetes							
20. Artritis reumatoide				ANTECEDENTES SOCIALES	Sí	No	Comentarios
21. Nacimiento prematuro				1. ¿Tiene su hijo alguna alergia?			
22. Retraso del desarrollo				2. ¿Es su hijo alérgico al látex?			
23. Otro:				3. ¿Asiste su hijo a la guardería, el jardín de niños o la escuela? Si es así, indique dónde y con qué frecuencia: _____			
Indique los especialistas que ha visto su hijo:				4. ¿Su hijo interactúa o juega con niños de la misma edad?			
1. _____				5. ¿Su hijo hace ejercicios regularmente?			
2. _____				6. En la vida de su hijo, ¿Alguna vez ha participado en la División de Servicios para la Juventud y la Familia (DYSF, por sus siglas en inglés)?			
3. _____				7. ¿Participa su hijo en el Programa de Intervención Temprana (EIP, por sus siglas en inglés)?			
4. _____				8. ¿Su hijo recibe tratamiento en otro lugar?			

Indique cualquier medicamento recetado que tome su hijo actualmente (píldoras, inyecciones, parches para la piel, inhaladores):				Indique cualquier cirugía u hospitalización reciente que su hijo haya tenido e incluya la fecha aproximada:			
1. _____	5. _____			1. _____	_____		
2. _____	6. _____			2. _____	_____		
3. _____	7. _____			3. _____	_____		
4. _____	8. _____			4. _____	_____		
¿Toma su hijo alguno de los siguientes medicamentos de venta sin receta?				Indique cualquier fractura, esguince, dislocación e incluya la fecha aproximada:			
	Sí	No	Comentario	1. _____	_____		
Tylenol				2. _____	_____		
Advil, Motrin o ibuprofeno				3. _____	_____		
Laxantes				4. _____	_____		
Descongestionantes				Lesiones, trastornos o afecciones anteriores por las que su hijo ha recibido terapia; incluya la fecha aproximada:			
Antiácidos				1. _____	_____		
Antihistamínicos				2. _____	_____		
Vitaminas				3. _____	_____		
Tagamet, Pepcid AC o Zantac				4. _____	_____		
Otro: _____							
¿Toma su hijo medicamentos alternativos o suplementos a base de hierbas?				EXÁMENES			
					Sí	No	Área del cuerpo
¿Es su hijo alérgico a algún medicamento?				1. Radiografías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
				2. Imagen de resonancia magnética	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
				3. Ecografía o gammagrafía ósea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
				4. Tomografía computarizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
				5. Electromiograma con el examen de velocidad de conducción de los nervios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Consumen su hijo drogas recreativas?				6. Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

¿Su hijo ha estado involucrado en un accidente de automóvil o de otro tipo? Sí No _____

¿Hay algo que podría interferir con la participación de su hijo en la terapia? Sí No _____

¿Usted o su hijo desean analizar algún daño emocional o físico que puedan estar experimentando? Sí No _____

¿Alguna vez se siente inseguro en casa o alguna persona ha golpeado a su hijo o ha tratado de lesionarlo? Sí No _____

Durante el último mes, ¿su hijo se ha sentido triste, deprimido o sin esperanzas? Sí No _____

Durante el último mes, ¿su hijo se ha sentido molesto por su falta de interés o placer al hacer las cosas?
 Sí No _____

Describa los problemas por los que busca servicios de rehabilitación para su hijo _____

¿Qué sucedió? _____

¿Cómo comenzó el problema? _____

¿Cuándo comenzó el problema? _____

¿Qué alivia el problema? _____

¿Qué empeora el problema? _____

¿Cuándo es su cita de control con el médico? _____