



0300004

Favor escriba su nombre y el número del registro médico del hospital (si lo sabe)

PLEASE WRITE YOUR NAME AND HOSPITAL MEDICAL RECORD NUMBER (IF KNOWN)

FORMULARIO INICIAL DE INGRESO – PEDIATRÍA DE 0 A 8 AÑOS
INITIAL INTAKE – PEDIATRICS 0 YEARS – 8 YEARS

Este formulario está escrito desde el punto de vista del niño como paciente. Sus respuestas nos serán de mucha utilidad para entender mejor las condiciones y problemas médicos tanto de usted como de su niño. Si no recuerda detalles específicos trate de proporcionarnos algo que se aproxime. **¡Gracias!**

This form is written from the viewpoint of the child as patient. Your answers on this form will help us better understand you or your child's medical concerns and conditions. If you cannot remember specific details, please provide your best guess. Thank you!

Completado Para Por _____ (el nombre del niño)
 Completed For By _____ (Child's Name)

Idioma en el que prefiere hablar: Inglés Español Otro:
 Language you use the most: English Spanish Other:

¿Tiene creencias religiosas, espirituales, culturales o prácticas importantes con respecto a las decisiones para su atención médica?

Do you have religious, spiritual or cultural beliefs or practices important to your health care decisions?

No Si – Favor de describirlas
 No Yes – please describe:

LISTA SOBRE ALERGIAS: Favor de enumerar cualquier alergia o problema que tenga con: **medicamentos, alimentos, mariscos, latex (globos de latex o hule), cinta adhesiva, etc.**, y lo que le pasa cuando los toma o los usa.

ALLERGY LIST: Please list any allergies or problems you have with: **medicines, food, shellfish, latex (balloons, rubber), tape, etc.** and what happens to you when you take or use them. **NINGUNA ALERGIAS**
NO ALLERGIES

CÓMO REACCIONA A LA ALERGIAS; QUÉ SUCEDE	ALLERGY TO; REACTION/WHAT HAPPENS (COULD IT BE, REACTION TO ALLERGY?)

LISTA DE MEDICAMENTOS: Por favor enumere todos los medicamentos que está tomando ahora. Incluya aquéllos que no requieran receta médica como: **vitaminas, suplementos, plantas medicinales, gotas para los ojos, parches, etc.**

MEDICATION LIST: Please list all medicines you take now. Include those without a prescription: **over-the-counter, vitamins, supplements, herbals, eye-drops, patches, etc.** **NO TOMA MEDICAMENTOS**
NO MEDICINES

Nombre de su farmacia y en donde se encuentra _____
 Name of your Pharmacy Location

Para volver a surtir su medicamento prefiere: 30 días 90 días
 Medicine refills – Prefer 30 days 90 days

Por favor escriba su nombre y el número del registro médico del hospital (si lo sabe) _____
 Please write your name and hospital medical record number (if known)

¿CUANTOS MEDICAMENTOS TOMA, QUE TAN FRECUENTEMENTE LOS TOMA Y COMO LOS TOMA? COMENTARIOS NOMBRE (DOSIS)(FRECUENCIA)(VIA)	MEDICINE HOW MUCH HOW OFTEN HOW DO YOU TAKE IT? COMMENTS NAME (DOSE) (FREQUENCY) (ROUTE)

HISTORIAL MÉDICO
MEDICAL HISTORY

NINGUNO
NONE

Favor de indicar cualquier condición física o mental (o problemas) que tenga ahora o que haya tenido. Si lo sabe, agregue el año en que empezó. Favor de añadir cualquier otra condición si no está en la lista.

Please check any physical or mental health conditions (or problems) you have now or have ever had. Add the year it started, if known. Please add any other conditions if not listed.

✓	Fecha DATE	en que se contrajo CONDITION	✓	Fecha DATE	en que se contrajo CONDITION	✓	Fecha DATE	en que se contrajo CONDITION
		TDA/H ADDADHD			Depresión Depression			Eczema Eczema
		Alergias Allergies			Retraso de desarrollo Developmental Delay			Epilepsia/convulsiones Epilepsy or seizures
		Asma Asthma			Diabetes Diabetes			Fracaso de crecimiento Growth failure
		Cáncer Cancer			Diálisis Dialysis			Dolores de cabeza Headaches
		Pérdida auditiva Hearing Loss			Ictericia Jaundice			muchas o serias infecciones (en el hospital) Serious Infections (in hospital or many)
		Enfermedad del corazón Heart Disease			Envenenamiento con plomo Lead poisoning			Faringitis Estreptocócica Strep throat
		Soplo cardíaco Heart murmur			Dx neuromuscular Neuromuscular Dx			Tracto Urinario Urinary Tract
		Acidéz/Reflujo Gastroesofágico Heartburn/GERD			Obesidad Obesity			Anemia de Células Falciformes Sickle Cell
		Hepatitis C Hepatitis C			Otitis Media Otitis Media			Apnea del sueño Sleep Apnea
		VIH/SIDA HIV/AIDS			Dolor todo el tiempo (Crónico) Pain all the time (Chronic)			Hemorragia cerebral Stroke
		Hipertensión (presión arterial alta) Hypertension (High Blood Pressure)			Neumonía (en el hospital) Pneumonia (in the hospital)			Cambios en la visión Vision change
		Enfermedad inflamatoria intestinal Inflammatory bowel disease			Escoliosis Scoliosis			

¿Ha tenido alguna lesión seria, trauma o accidentes o estancia en el hospital? Favor de agregarlo junto con la fecha si se conoce.
Have you had any serious injuries, trauma or accidents or hospital stay? Please list with the date, if known.

FECHA	DESCRIPCIÓN	DATE	DESCRIPTION

Cuántas veces lo han atendido en el Departamento de Emergencia el año pasado? Ninguna 1-3 4-6 7 o más
How many times have you been seen in an Emergency Department in the past year? None 1-3 4-6 7 or more

¿Tiene alguna preocupación con respecto al crecimiento y desarrollo, la escuela, amigos, familia, etc.?
Do you have any concerns with growth and development, school, friends, family, etc.?

No sí – Por favor describa:
No Yes - Please describe:

HISTORIAL QUIRÚRGICO (Y PROCEDIMIENTOS)
SURGICAL HISTORY (AND PROCEDURES)

NINGUNO
NONE

¿Tiene algún implante metálico o plástico? Si válvulas barras clavos quirúrgicos derivación fístula
Do you have any metal or plastic implants? Yes valves rods pins shunt fistula

marcapasos u otro dispositivo para el corazón Stent cardíaco
pacemaker or other heart device cardiac stent

¿Ha tenido un trasplante de órgano o tejido?
Have you had an organ or tissue transplant?

<input type="checkbox"/> SI	¿QUE ÓRGANO / TEJIDO?	WHAT ORGAN/TISSUE?

Alguna vez ha tenido electrocardiograma anormal Radiografía anormal? Problemas con la anestesia Transfusión de sangre
Have you ever had – abnormal EKG abnormal Chest X-Ray problems with anesthesia blood transfusion

Por favor enumere cualquier cirugía o procedimiento que haya tenido. Agregue la fecha si la sabe.
Please list any surgeries or procedures you have had. Add the date if you know it.

FECHA	DE LA CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO	DATE	SURGERY OR PROCEDURE



0300004

Favor escriba su nombre y el número del registro médico del hospital (si lo sabe)

PLEASE WRITE YOUR NAME AND HOSPITAL MEDICAL RECORD NUMBER (IF KNOWN)

HISTORIA FAMILIAR
FAMILY HISTORY

NINGUNA
NONE

Por favor escriba los nombres de su familia que tienen o han tenido lo siguiente:
Please list those in your family who have or have had the following:

Altura de la Madre _____ Altura del Padre _____
Mother's height _____ Father's height _____

Parentesco Relationship	Nombre Name	Estado Status		Cáncer Cancer	Depresión Depression	Diabetes Diabetes	Ataque del Corazón (anotar edad) Heart Attack (note age)	Enfermedad del Corazón Heart Disease	Presión Arterial Alta High Blood Pressure	Colesterol Alto High Cholesterol	Enfermedad de Riñones Kidney Disease	Detalles Details
		Si Yes	No No									
Madre Mother												
Padre Father												
Hermana Sister												
Hermano Brother												

Parentesco Relationship	Nombre Name	Fibrosis Quística Cystic fibrosis	Muerte inesperada o por infección antes de los 30 años de edad Death from infection or unexpected before 30 years old	Diabetes antes de los 30 años de edad Diabetes before 30 years old	Ataque del Corazón antes de los 40 años de edad Heart attack before 40 years old	Problemas con la anestesia Problems with Anesthesia	Detalles Details
Padre Father							
Hermana Sister							
Hermano Brother							

¿Están sus vacunas al corriente? Si No
Are your vaccinations up to date? Yes No

Longitud al nacer _____ Peso al nacer _____ Circunferencia de la cabeza _____
Birth Length Birth Weight Birth Head Circ.

Peso al momento del alta _____ Edad gestacional _____ Duración del parto _____
Discharge Weight Gestational Age Duration of Labor

Método de alumbramiento: Vaginal Cesárea Otro/Detalles: (El modelo tiene muchas más selecciones detalladas)
Delivery Method: Vaginal C-Section Other/Details: (Model has lots more detailed choices)

Puntuación APGAR: APGAR 1 _____ APGAR 5 _____ APGAR 10 _____
APGAR Scores: APGAR 1 APGAR 5 APGAR 10

Método de alimentación: Pecho Biberón Otro:
Feeding Method: Breast Fed Bottle Fed Other:

Comentarios Adicionales
Additional Comments

Edad de la madre al nacer el paciente (en años):
Age of mother at patient's birth (in years):

Tuvo la madre algún problema durante el embarazo?
Did the mother have any problems with the pregnancy?

¿Dónde nació el niño? _____
Where was the child born? _____

HISTORIAL DEL DESARROLLO

DEVELOPMENTAL HISTORY

Indique la fecha en que pudo hacer lo siguiente por vez primera (basado en su edad actual):

Write the date when first able to do the following (based on current age):

Nacimiento – 1 Mes

Birth-1 Month

Sigue visualmente algún objeto

Follows visually

Parece que responde a sonidos

Appears to respond to sound

2 Meses

2 Months

Sigue visualmente algún objeto hasta 90 grados

Follows visually through range of 90 degrees

Levanta la cabeza momentaneamente

Lifts head momentarily

Sonrisa social

Social smile

4 Meses

4 Months

Gorjeos, arrullos, balbuceos o sonidos similares

Gurgles, coos, babbles, or similar sounds

Sigue los movimientos de sus padres volteando la cabeza de un lado hasta ver directamente de frente

Follows parents movements by turning head from one side to facing directly toward (?)

Sigue los movimientos de sus padres volteando la cabeza de un lado hasta casi al otro lado

Follows parents movements by turning head from one side almost all the way to the other side

Levanta la cabeza cuando está recostado sobre la espalda

Lifts head off ground when lying on back

Levanta la cabeza hasta 45' cuando está recostado sobre la espalda

Lifts head to 45' off ground when lying on back

Levanta la cabeza hasta 90' cuando está recostado sobre la espalda

Lifts head to 90' off ground when lying on back

Ríe fuertemente sin que se le haga cosquillas o se le toque

Laughs out loud without being tickled or touched

Juega con las manos juntándolas

Plays with hands by touching them together

Sigue los movimientos de sus padres volteando la cabeza de un lado a otro

Will follow parent's movements by turning head all the way from one side to the other

6 Meses

6 Months

Mantiene la cabeza erguida y firme

Hold head upright and steady

Cuando se le pone boca abajo levanta el pecho hacia arriba

When placed prone will lift chest off the ground

Ocasionalmente emite sonidos felices en alto tono (sin llorar)

Occasionally makes happy high-pitched noises (not crying)

Se rueda del estómago a la espalda y de la espalda al estómago

Rolls over from stomach to back and back to stomach

Sonríe a objetos cuando está jugando solo

Smiles at objects when playing alone

Parece que enfoca la mirada en objetos pequeños (del tamaño de una moneda)

Seems to focus gaze on small (coin-sized) objects

Recoge un juguete si está colocado a su alcance

Will pick up toy if placed within reach

Puede mantener la cabeza equilibrada cuando se le levanta para sentarlo

Can keep head from lagging when pulled from supine to sitting



0300004

Favor escriba su nombre y el número del registro médico del hospital (si lo sabe)

PLEASE WRITE YOUR NAME AND HOSPITAL MEDICAL RECORD NUMBER (IF KNOWN)

9 Meses
9 Months

Pasa pequeños objetos de una mano a otra

Passes small objects from one hand to the other

Tratará de encontrar objetos después de que se le han quitado de la vista

Will try to find objects after they're removed from view

A veces mantiene dos objetos; uno en cada mano

At times holds two objects, one in each hand

Puede aguantar cierto peso sobre las piernas cuando se le mantiene de pie

Can bear some weight on legs when held upright

Recoge pequeños objetos usando la palma de la mano moviéndola como si fuera a rastrillar o a agarrar

Picks up small objects using a 'raking or grabbing' motion with palm downward

Puede sentarse sin que lo detengan por 60 segundos o más

Can sit unsupported for 60 seconds or more

Puede comerse una galleta o una galleta salada

Will feed self a cookie or cracker

Parece que reacciona a ruidos tranquilos

Seems to react to quiet noises

Estira sus brazos o cuerpo para alcanzar un juguete

Will stretch with arms or body to reach a toy

12 Meses
12 Months

Puede caminar solo o sosteniéndose de los muebles

Can walk alone or holding on to furniture

Puede jugar a 'dar palmaditas' o a 'decir adiós' sin que se le ayude

Can play 'pat-a-cake' or wave 'bye-bye' without help

Se dirige a sus padres diciendo mama, dada o equivalente

Refers to parent by saying 'mama,' 'dada' or equivalent

Puede estar de pie durante 5 segundos sin ayuda

Can stand unsupported for 5 seconds

Puede estar de pie durante 30 segundos sin ayuda

Can stand unsupported for 30 seconds

Puede agacharse para recoger un objeto del piso y ponerse nuevamente de pie sin ayuda

Can bend over to pick up an object on floor and stand up again without support

Puede indicar lo que quiere sin llorar/lloriquear (apuntando, etc.)

Can indicate wants without crying/whining (pointing, etc.)

Puede caminar a través de una larga habitación sin caerse o yendo de lado a lado

Can walk across a large room without falling or wobbling from side to side

Vuelve hacia usted cuando dice su nombre

Turns to you when you say his/her name

18 Meses
18 Months

Si se rueda una pelota hacia el niño, el niño la regresará rodando (no de mano)

If ball is rolled toward child, child will roll it back (not hand it back)

Puede beber de un vaso cualquiera (no uno que tenga pico) sin tirar el líquido

Can drink from a regular cup (not one with a spout) without spilling

24 Meses
24 Months

Copia las acciones de los padres, por ejemplo a hacer las tareas del hogar

Copies parent's actions, e.g. while doing housework

Puede poner un cubo pequeño (menor de 2") encima de otro sin que se derrumbe

Can put a small block (less than 2") over another without collapsing

Dice cuando menos 3 palabras además de dada y mama con propiedad

Appropriately uses at least 3 words other than 'dada' and 'mama'

Puede dar más de 4 pasos hacia atrás sin perder el balance, por ejemplo, cuando está jalando un juguete

Can take greater than 4 steps backwards without losing balance, for example, when pulling a toy

Puede quitarse la ropa, incluyendo pantalones y camisetas

Can take off clothes, including pants and pullover shirts

Puede subir escalones solo sin sujetarse al siguiente escalón

Can walk up steps by self without holding onto the next stair

Puede señalar cuando menos 1 parte de su cuerpo cuando se le pregunta, sin indicarle

Can point to at least 1 part of body when asked, without prompting

Se alimenta solo con la cuchara o el tenedor sin tirar demasiada comida

Feeds with spoon or fork without spilling much

Ayuda a recoger sus juguetes o llevar platos cuando se le pide

Helps to pick up toys or carry dishes when asked

Puede patear hacia adelante una pelota pequeña (por ejemplo de tenis) sin ayuda

Can kick a small ball (for example, tennis ball) forward without support

**3 Años
3 Years**

El niño puede poner cuatro pequeños cubos (menores de 2”), uno encima de otro, sin que se caigan

Child can stack 4 small (less than 2 inches) blocks without them falling

Dice oraciones de 2 palabras

Speaks in 2-word sentences

Puede identificar cuando menos dos fotos de gatos, pájaros, caballos, perros, persona

Can identify at least 2 of pictures of cat, bird, horse, dog, person

De una distancia de 5 pies lanza una pelota hacia adelante, hacia el estomago o pecho de su padre

Throws ball overhand, straight, toward parent's stomach or chest from a distance of 5 feet

Puede seguir instrucciones como: “pon el papel sobre el piso, pon el papel sobre la silla, dame el papel.”

Adequately follows instructions: 'put the paper on the floor; put the paper on the chair; give the paper to me'

Copia un dibujo de una línea vertical

Copies a drawing of a straight vertical line

Puede saltar sobre un papel colocado en el piso (sin ir corriendo)

Can jump over paper placed on floor (no running jump)

Puede ponerse sus zapatos

Can put on own shoes

Puede pedalear un triciclo por lo menos a una distancia de 10 pies

Can pedal a tricycle at least 10 feet

**4 Años
4 Years**

Puede lavarse y secarse las manos sin necesidad de ayuda

Can wash and dry hands without help

Correctamente añade la “s” para convertir palabras de singular a plural

Correctly adds 's' to words to make them plural

Puede balancearse en 1 pie por dos segundos o más dándole 3 oportunidades

Can balance on 1 foot for 2 seconds or more given 3 chances

Puede dibujar un círculo

Can copy a picture of a circle

Puede apilar 8 cubos pequeños (menores de 2 pulgadas) sin que se caigan

Can stack 8 small (less than 2 inches) blocks without them falling

Juega juegos en donde tiene que tomar turnos y seguir reglas (a las escondidas, policías y ladrones, etc.)

Plays games involving taking turns and following rules (hide & seek, cops & robbers, etc.)

Se puede poner pantalones, camisa, vestido o calcetines sin ayuda (excepto que se necesite para broches de presión, botones y cinturones)

Can put on pants, shirt, dress, or socks without help (except help with snaps, buttons, and belts)

Puede decir su nombre completo

Can say full name



0300004

Favor escriba su nombre y el número del registro médico del hospital (si lo sabe)

PLEASE WRITE YOUR NAME AND HOSPITAL MEDICAL RECORD NUMBER (IF KNOWN)

5 Años
5 Years

Puede contestar apropiadamente las siguientes preguntas: "Qué haces cuando tienes frío? Hambre? Estás cansado"?

Can appropriately answer the following questions: "What do you do when you are cold? Hungry? Tired?"

Puede abrocharse algunos botones

Can fasten some buttons

Puede balancearse sobre un pie por 6 segundos dándole 3 oportunidades

Can balance on one foot for 6 seconds given 3 chances

Puede identificar la línea más larga de dos líneas dibujadas sobre papel y puede continuar identificándola cuando se vuelve el papel a 180 grados.

Can identify the longer of 2 lines drawn on paper, and can continue to identify longer line when paper is turned 180 degrees

Puede copiar una cruz (+)

Can copy a picture of a cross (+)

Puede seguir órdenes verbales sin señas como: "Pon este papel sobre el piso...debajo de la silla...frente a ti...detrás de ti.

Can follow the following verbal commands without gestures: "Put this paper on the floor... under the chair...in front of you...behind you"

Permanece tranquilo cuando se le deja con alguien extraño como con la niñera

Stays calm when left with a stranger, e.g. baby sitter

Puede identificar objetos por su color

Can identify objects by their colors

Puede saltar a la pata coja 2 o más veces

Can hop on one foot 2 or more times

Puede vestirse completamente sin ayuda

Can get dressed completely without help

6-8 Años
6-8 Years

Puede dibujar a una persona que incluya por lo menos 3 partes del cuerpo, contando en pares como por ejemplo, brazos, ya que una tenía cuando menos 6 partes en ese mismo dibujo

Can draw a picture of a person that includes a least 3 parts, counting paired parts, for example, arms, as one had at least 6 parts on that same picture

Puede completar apropiadamente 2 de las siguientes oraciones: "Si un caballo es grande, un ratón es..."; "Si el fuego es caliente, el hielo es..."; "Si mamá es una mujer, papá es un..."

Can appropriately complete 2 of the following sentences: "If a horse is big, a mouse is..."; "If fire is hot, ice is..."; "If mother is a woman, dad is a..."

Puede cachar una pelota pequeña (como una pelota de tenis) usando solo las manos

Can catch a small ball (e.g. tennis ball) using only hands

Se puede balancear sobre un pie por 11 segundos o más si se le dan 3 oportunidades

Can balance on one foot for 11 seconds or more given 3 chances

Puede copiar un cuadrado

Can copy a picture of a square

Puede completar adecuadamente todas las siguientes cuestiones: "¿De que está hecha una cuchara?"; "¿De que está hecha una puerta?"

Can appropriately complete all of the following questions: "What is a spoon made of?"; "What is a shoe made of?"; "What is a door made of?"

HISTORIA PERSONAL/SOCIAL

(SOCIAL / PERSONAL HISTORY)

Vive con Padre Madre Abuelos Tutor En adopción temporal En otra instalación Otra
Do you live with Father Mother Grandparent(s) Guardian Foster care At a facility Other

¿Está en una escuela o en la guardería? No Si – Año Escolar; Educado en casa Confinado en casa
Are you in school or day care? No Yes – Grade Home schooled Homebound

Educación Especial Otra _____
Special Education Other

¿Está en un programa especial? Dotado/Acelerado Programa Educativo Individualizado
Are you in a special program? Gifted/accelerated IEP

Otro _____
Other:

¿Cuántos días de escuela ha faltado este año académico debido a una enfermedad? Ninguno 1-5 6-10 >10
How many days of school have you missed this academic year because of illness? None 1-5 6-10 >10

¿Alguien fuma en casa? No Si - Nombre _____
Does anyone at home smoke? No Yes – Name

¿Tiene problemas al dormir? No Si – pesadillas sonambulismo moja la cama ronca rechina los dientes
Do you have any problems sleeping? No Yes nightmares sleep walking bedwetting snoring teeth grinding

dificultad en conciliar el sueño dificultad en permanecer dormido Otro: _____
trouble getting to sleep trouble staying asleep Other:

¿Cuánto tiempo pasa frente a la televisión y/o la computadora diariamente? Nada 1 hora 2-4 horas >4 horas
How much time do you spend in front of the television and/or computer each day? None 1 hour 2-4 hours >4 hours

¿Hace ejercicio con regularidad? No Si ¿Cuántas veces por semana? ¿Por cuánto tiempo? _____
Do you exercise regularly? No Yes How many times per week? For how long? _____

¿Qué le gusta hacer para divertirse?
What do you like to do for fun?

Usa: Lentes Lentes de contacto Aparato para la sordera Dientes postizos Bastón Caminadora
Do you use: Glasses Contacts Hearing aids False teeth Cane Walker

Silla de ruedas
Wheel chair

Seguridad: Utiliza Asiento para coche o asiento de seguridad para niños casco para cuando ande en bicicleta
Safety: Do you use? Car seat or booster seat Bike helmet

¿Ha viajado fuera de los Estados Unidos en el último año? Sí No.
Have you traveled outside the United States within last year? Yes No

Si la respuesta es afirmativa, ¿a donde? _____
If yes, where? _____

Completado a la _____ fecha _____
Completed by NOMBRE/FIRMA (NAME/SIGNATURE) Date

Estuvo presente un intérprete _____ Teléfono Cyracom # _____
Interpreter present NOMBRE/FIRMA (NAME/SIGNATURE) Cyracom phone ID #

Revisado por _____ Anotado en el EMR Fecha _____
Reviewed by NOMBRE/FIRMA (NAME/SIGNATURE) Entered into EMR Date