

Hospital de Niños Lucile Packard en Stanford
Departamento de Servicios de Rehabilitación
Terapia Ocupacional y Física

Historial del caso clínico

ANTECEDENTES

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Describa las dificultades que tiene su niño: _____

¿Qué otros factores, a su parecer, posiblemente causen o contribuyan a los problemas de su niño? _____

¿Qué preguntas quiere hacer usted durante la evaluación?

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS Y DEL DESARROLLO

¿Hubo alguna complicación durante el embarazo o el parto? _____

De ser así, por favor describa: _____

¿Nació prematuramente su niño? ___SÍ ___NO

De ser así, ¿por cuántas semanas? _____

Por favor indique la edad en que su niño logró hacer lo siguiente.

_____ Sentarse solo	_____ Decir su primera palabra
_____ Gatear	_____ Desvestirse
_____ Caminar solo	_____ Vestirse con ayuda
_____ Primeras comidas de bebé	_____ Ir al baño
_____ Tomar de una taza solo	

ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Recibe algún tratamiento médico o toma algún medicamento su niño? ___SÍ ___NO

De ser así, por favor anote los medicamentos y las razones de tomarlos _____

Hospitalizaciones o cirugías anteriores _____

¿Ha atendido otro especialista médico a su niño? ___SÍ ___NO

De ser así, por favor anote el propósito de la consulta: _____

¿Tiene o ha tenido alguna vez su niño cualquiera de las siguientes afecciones? (favor de marcar las que correspondan):

___ Defecto en la vista	___ Defecto de audición	___ Infecciones de oído
___ Alergias	___ Convulsiones	___ Encefalitis
___ Impétigo	___ Sarampión	___ Paperas
___ Varicela	___ Paladar hendido	___ Lesión en la cabeza
___ Meningitis	___ Otro (que no figure en la lista): _____	

ANTECEDENTES ESCOLARES

Persona que cuida al niño durante el día:

Padre o madre Familiar Niñera
 Canguro (*babysitter*) Programa de guardería Otro

Año escolar actual: _____

Por favor describa el nivel de rendimiento escolar de su niño: _____

¿Hay algo importante que debe saber el médico respecto al comportamiento de su niño? _____

Anote las actividades, si las hay, en que participa su niño después de la escuela:

¿Recibe su niño actualmente algún tipo de terapia? (del habla, ocupacional, física)?

De ser así, por favor anote los datos que correspondan:

Tipo de terapia _____ Frecuencia _____ Razón de la terapia _____

RESUMEN

Por favor anote cualquier información que no se haya preguntado anteriormente: _____

Nombre de la persona que completa este formulario: _____

Parentesco con el niño _____

Número de teléfono donde podamos contactarlo durante el día: _____

Fecha: _____