

UNLV Ackerman Center for Autism and Neurodevelopmental Solutions
 630 S. Rancho Dr., Suite A, Las Vegas, NV 89106
 Phone: 702-998-9505
 Fax: 702-527-5353

Formulario de ingreso de la clínica diagnóstica

Por favor llenar este cuestionario completamente. Toda información se mantendrá confidencial. Si tiene preguntas o necesita ayuda favor de hablar a: UNLV Ackerman Center (702) 998-9505.

Nombre del niño:	Fecha de nacimiento:	Edad:	Hombre _____ Mujer _____
Escuela:		Grado Escolar:	Fecha de hoy:
Persona quien lleno la forma:		Relación al paciente:	
Referido por:			

Por favor describe sus preocupaciones acerca al niño:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Por favor describe en lo que su niño sobresale:

HISTORIA MEDICA

EMBARAZO:	Si	No	Comentario
Complicaciones	___	___	_____
Stress excesivo	___	___	_____
Diabetes	___	___	_____
Uso durante:			
Bebidas Alcoholicas	___	___	_____
Tabaco/Fumar	___	___	_____
Drogas de abuso	___	___	_____
Medicinas	___	___	_____
PARTO:			
Nacido a término	___	___	Si no, cuando? _____
Cesárea	___	___	Si cesárea, porque? _____
Complicaciones	___	___	_____
Peso al nacer	___	___	_____ lbs _____ oz
Problemas para respirar	___	___	_____
Problemas para comer	___	___	_____
Malformaciones	___	___	_____
Se quedó días extras/ NICU?	___	___	Porque? _____

NINEZ:

Ictérica _____ Tratamiento? _____

Reflujo _____

Lento crecimiento _____

Infección seria _____

Convulsiones _____

Infección de oído _____

Problemas cardiacos _____

Accidentes serios _____

Hospitalizaciones _____

Cirugías _____

Diagnosís previos/actuales _____

Historia de Desarrollo

El desarrollo de su hijo/a fue típico/normal? Si _____ No _____ Comentario _____

Favor de apuntar la edad cuando su hijo/a pudo: (Si todavía no puede, indícalo):

Se dio vuelta _____ meses	todavía no	Se vistió sin ayuda _____ años	todavía no
Se sentó _____ meses	todavía no	Comió con cuchara _____ años	todavía no
Camino solo/a _____ meses	todavía no	Combino palabras _____ años	todavía no
Pudo decir 4 palabras _____ meses	todavía no	Otros pudieron entender lo que decía _____ años	todavía no
Uso inodoro para orina _____ años	todavía no	Uso inodoro para heces _____ años	todavía no
Agunto la orina durante la noche _____ años	todavía no		

El niño/a ha tenido una evaluación del desarrollo antes? No _____ Si _____ Cuando? _____ Resultado? _____

Razón porque se hizo la evaluación? _____

Espera que su hijo/a tendrá dificultad con el examen físico o neuropsicológico? No _____ Si _____

Si marco Si, indica la razón: Miedo de doctores/dentistas/procedimientos médicos _____ Miedo de nuevas situaciones _____

Comportamiento oposicional o desafiante _____ Dificultad para entender/seguir instrucciones _____

Otro: _____

Piensa que su hijo/a necesita ayuda especial para los exámenes por alguna razón mencionada anteriormente? No _____ Si _____

HISTORIA FAMILIAR

Alguno de su familia ha sido diagnosticado alguna vez con:

	Si	No	Quien?
ADD/ADHD			
Autismo/ Aspergers/ PPD NOS			
Retraso en el desarrollo			
Síndrome Genético			
Defecto de Nacimiento			
Discapacidad Intelectual			
Problemas de habla/lenguaje			
Discapacidad de aprendizaje/ Dislexia			
Problemas de escuchar			
Problemas de la vista			
Depresión			
Ansiedad			
Bipolar			
Problemas del Corazón			
Abuso de sustancias			
Suicidio			
Trastornos Esquizofrénicos			

LA HISTORIA DE LOS PADRES/GUARDIAN

Padre/Guardián #1	Ocupación	Edad
Problemas de salud?	Nivel de estudio secundarios: K-8 th Grado ____ 9 th ____ 10 th ____ 11 th ____ 12 th ____ Escuela Técnica ____ Algo de Universidad ____ Completo Universidad ____ Estudios postgraduados ____	
Padre/Guardián #2	Ocupación	Edad
Problemas de salud?	Nivel de estudio secundarios: K-8 th Grado ____ 9 th ____ 10 th ____ 11 th ____ 12 th ____ Escuela Técnica ____ Algo de Universidad ____ Completo Universidad ____ Estudios postgraduados ____	

Hermano(s) Edad(s) ____ ____ ____ ____ Salud en general _____
 Hermana(s) Edad(s) ____ ____ ____ ____ Salud en general _____

REPASO DE SISTEMAS

	Si	No	Comentario
Dificultades jugando con compañeros			
Dolores de cabeza			
Problemas de visión			
Problemas de audición			
Alergias			
Asma			
Dolor de pecho			
Dolor de estomago			
Estreñido			
Diarrea			
	Si	No	Comentario
Dolor en articulaciones			
Problemas para iniciar sueño			
Ronquidos			
Dolor muscular			
Cansancio durante el día			
Parece ser triste o ansioso			
Llora o se queja a menudo			
Parece ansioso o irritable			
Movimientos involuntarios			

A qué hora de duerme su hijo/a en la noche? _____ PM A qué hora se levanta? _____ AM
 Como come su hijo/a? Bien ____ Quisquilloso ____ Come de más ____ Mal ____ Comentario: _____
 Dieta especial? Si ____ No ____ Descripción: _____
 Horas al día de: TV ____ Computadora/Tableta ____ Video Juegos ____

Favor de listar:

• Medicamentos actuales

Nombre de los medicamentos	Dosis	Quien prescribe

• **Otros doctores quien ven al niño:**

Pediatra _____ Neurólogo _____ Psiquiatra _____ Otro _____

REDIMINETO ESCOLAR (Grado 1 y adelante)

Recibe su hijo/a ayuda especial en la escuela? No ___ Si ___ Si lo recibe, descríballo aquí: _____

****FAVOR DE PRESENTAR COPIA DE TODAS EVALUACIONES ESCOLARES Y EL IEP MAS RECIENTE****

Ha repetido un grado su hijo/a? No ___ Si ___ Si contesto si, cuáles repitió? _____
 Cuánto tiempo toma la tarea para completar? _____

Habilidades Escolares: Favor de marcar en nivel correcto				
	No Se	Abajo de Nivel	En Nivel	Sobre Nivel
Leer				
Deletrear				
Escrito				
Oral				
Matemática				
Calculación (puede +/-)				
Aplicación (sabe cuándo +/-)				
Escribir				
Velocidad				
Legible (como forma letras)				
Contenido (de lo que escriban)				
Habilidades de Estudio				
Completando Tarea				
Acordándose de tarea				
Sabiendo que y como estudiar				
Entregando tarea				
Habilidades Organizativas				
Pierde materiales escolares				
Se olvida de papeles, notas, proyectos				
Espera hasta el último momento				

Normalmente, a que hora acaba su tarea? Nunca ___ Antes de la cena ___ Después de la cena ___
 Programa después de la escuela ___ Inmediatamente después de llegar de la escuela ___

Cuanto tarda para completar la tarea? 15 minutos ___ 30 minutos ___ 1 hora ___ 1-2 horas ___ 2-3 horas ___
 Mas de 3 horas ___

INVENTARIO DE COMPORTAMIENTO

Falta de Atención	Nunca	Just a Little	Often	Almost Always
No pone atención a los detalles o comete errores por descuido, como por ejemplo, cuando hace la tarea.				
Tiene dificultades para mantener la attencion en tareas o actividades ludicas				
No parece escuchar cuando se le habla				
No sigui a traves de las instituciones y no finaliza tareas escolares				
Le disgusta o es renuente a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido tales como trabajos escolares				
Distraido por estímulos externos.				
Es descuidado en las actividades diaries				

Hiperactividad	Nunca	Solo Poco	A Menudo	Casi Siempre
Mueve en exceso manos o pies, o se remueve en el asiento				
Abandona su asiento en la clase o en situaciones en la que espera permanezca sentado				
Corre o salta excesivamente en situaciones en que es inapropiado				
Tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades				
Es a menudo "sobre la marcha" o suele actuar como si "impulsado por un motor"				
Habla en exceso				
Impulsividad	Nunca	Solo Poco	A Menudo	Casi Siempre
Precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas				
Tiene dificultades a su vez a la espera				
Interrumpe o se inmiscuye en los demas				
Comportamientos Opositivos	Nunca	Solo Poco	A Menudo	Casi Siempre
Se enoja				
Discute con los adultos				
Se niega a obedecer las reglas o mandatos				
Molesta deliberadamente a la gente				
Culpa a otros por los errores personales o mal comportamiento				
Es susceptible o facilmente molestado por los demas				
Parece enojado/ rencorso o busca venganza				
Interacciones entre compañeros / habilidades sociales	Nunca	Solo Poco	A Menudo	Casi Siempre
Tiene un amigo				
Hace amigos facilmente				
Mantiene amigos				
Es mandon, necesidades de tener el control				
Muestra buen espiritu deportivo				
Es fisicamente agresivo				
Prefiere jugar solo				
Se burlan de el/ella				
Se burla de los demas				
Prefiere companeros que son: menores, mayors, o de la misma edad				

Comentarios o dudas:

Firma del Padre / Tutor: _____

Fecha: _____