



Developmental Follow-Up

Mary Allare, M.D., Virginia Valenzuela, M.S., N.N.P. Maria Thillet, M.S., NNP., Deborah Calhoun, M.D.
10250 N. 92nd Street, Suite 118, Scottsdale, AZ 85258 • (480) 767-1490 Fax 855-224-0059

Formulario de Ingreso del Paciente

Fecha de Hoy: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

RAZON POR LA EVALUACION:

Referido por: _____

NACIMIENTO / HISTORIAL DE EMBARAZO

Peso de Nacimiento: _____ Duración de Embarazo (semanas): _____

¿Complicaciones de Embarazo? _____

Durante el embarazo hubo:

Uso de Cigarros: _____ Alcohol: _____ Drogas: _____

Parto: Inducido _____ Cesaría _____ Cabeza hacia arriba _____ Fórceps _____

Duración de la estancia hospitalaria del bebe si se quedó más tiempo que la mama:

¿Cuáles fueron las razones por la estancia extendida? _____

¿Tuvo complicaciones durante su primer mes en casa? _____



Developmental Follow-Up

Mary Allare, M.D., Virginia Valenzuela, M.S., N.N.P. Maria Thillet, M.S., NNP., Deborah Calhoun, M.D.
10250 N. 92nd Street, Suite 118, Scottsdale, AZ 85258 • (480) 767-1490 Fax 855-224-0059

MEDICAL HISTORY

¿Inmunizaciones están al corriente? _____

Si no, ¿Cuáles son las razones? _____

SU HIJO/A HA TENIDO:

Salud	SI	NO	EDAD	DETALLES
Infección de Oído				
Tubos PE (Ecuación de Presión)				
Convulsiones				
Fiebre con Virus				
Problemas Comiendo				
Dietas Especiales				
Problemas de Piel				
Otro				
Constipación				
Dificultad para Oír				
Problemas de Visión				

¿Su hijo/a tiene problemas de alergia? _____

¿Su hijo/a ha sido evaluado por médicos fuera de su pediatra primario o PCP?



Developmental Follow-Up

Mary Allare, M.D., Virginia Valenzuela, M.S., N.N.P. Maria Thillet, M.S., NNP., Deborah Calhoun, M.D.
10250 N. 92nd Street, Suite 118, Scottsdale, AZ 85258 • (480) 767-1490 Fax 855-224-0059

¿Su hijo/a está tomando algún medicamento? _____

¿Su hijo ha estado hospitalizado, lesiones, cirugías? _____

¿A QUÉ EDAD SU HIJO CUMPLIÓ ESTOS HITOS DEL DESARROLLO?

Darse la Vuelta

Sonreír

Sentarse Solo

Tomar de un vaso

Gatear/Arrastrarse con los codos

Gatear de pies y manos

Caminar con el Apoyo de Muebles

Caminar sin apoyo

Usar la taza del baño

Hablar en frases cortas



Developmental Follow-Up

Mary Allare, M.D., Virginia Valenzuela, M.S., N.N.P. Maria Thillet, M.S., NNP., Deborah Calhoun, M.D.
10250 N. 92nd Street, Suite 118, Scottsdale, AZ 85258 • (480) 767-1490 Fax 855-224-0059

SU HIJO/A:

	SI	NO	DETALLES / EJEMPLOS / EDAD
No le gusta ensuciarse las manos			
Sobre reacciona al toque			
Sobre reacciona a ciertos olores			
Sobre reacciona a ciertas luces			
Sobre reacciona a ciertos sonidos			
No le gusta andar descalzo/a			
No le gusta usar zapatos			
No le gusta usar ropa			
No le gusta que le laven los dientes			
No le gusta columpiarse			
Le atrae el tocar cosas en forma inusual			
Le atrae oler cosas inusualmente			
Le gusta probar cosas que no son comida			
Muestra preocupación con ciertos objetos o actividades			



Developmental Follow-Up

Mary Allare, M.D., Virginia Valenzuela, M.S., N.N.P. Maria Thillet, M.S., NNP., Deborah Calhoun, M.D.
 10250 N. 92nd Street, Suite 118, Scottsdale, AZ 85258 • (480) 767-1490 Fax 855-224-0059

¿SU HIJO/A HA MOSTRADO ESTOS COMPORTAMIENTOS?

	SI	NO	DETALLES / EDAD
Irritabilidad			
Cólico			
Problemas manteniendo un horario			
Problemas durmiendo			
Meciéndose en cama			
Golpeándose la cabeza			
Berrinches			
Aguantado la respiración			
Movimientos repetitivos			
Sobre activo			
Periodo de atención corto			
Cambios de animo			
Comportamiento agresivo			
Timidez con otros			
Llora fácilmente y seguido			
Muy sensible			
Contacto visual deficiente			
Difícil de consolar			
No es cariñoso			
Dificultad en adaptarse a cambios de rutina			



Developmental Follow-Up

Mary Allare, M.D., Virginia Valenzuela, M.S., N.N.P. Maria Thillet, M.S., NNP., Deborah Calhoun, M.D.
10250 N. 92nd Street, Suite 118, Scottsdale, AZ 85258 • (480) 767-1490 Fax 855-224-0059

Por favor describa algún otro problema de comportamiento con su hijo/a:

HISTORIA FAMILIAR

Por favor escriba la lista de personas que viven en su hogar:

Nombre	Relación	Edad

Nombre a miembros de su familia cercana que no viven en su hogar, a donde viven, y por qué razón: _____

Lenguaje/s que se hablan en casa: _____

PADRES

	Mama	Papa
Nivel de Escuela completado		
Ocupación Actual		
Edad		
Problemas de Salud		



Developmental Follow-Up

Mary Allare, M.D., Virginia Valenzuela, M.S., N.N.P. Maria Thillet, M.S., NNP., Deborah Calhoun, M.D.
10250 N. 92nd Street, Suite 118, Scottsdale, AZ 85258 • (480) 767-1490 Fax 855-224-0059

¿En su familia extendida (tías, tíos, primos, abuelos) hay historial de las siguientes condiciones? Por favor elija la condición y escriba la relación a su hijo/a.

✓	Condición	Relación al Niño/a
	Cáncer	
	Diabetes	
	Asma	
	Problemas Cardiacos	
	Dificultad para Oír	
	Problemas Neurológicos	
	Agresividad	
	Enojo	
	ADHD	
	Discapacidades de Aprendizaje	
	Problemas Escolares	
	Abuso de Substancias	
	Depresión	
	Ansiedad	
	Problemas similares a las de su hijo/a	

¿Quién cuida a su niño/a durante el día? _____

Nombre algunas mascotas en su casa _____



Developmental Follow-Up

Mary Allare, M.D., Virginia Valenzuela, M.S., N.N.P. Maria Thillet, M.S., NNP., Deborah Calhoun, M.D.
10250 N. 92nd Street, Suite 118, Scottsdale, AZ 85258 • (480) 767-1490 Fax 855-224-0059

¿Le han hecho algún estudio o evaluación especial a su hijo/a? Por favor escriba el tipo de estudio/examen o el especialista, y cuando y a donde esta evaluación se llevó a cabo. También nombre algunas terapias que ha recibido (física, de habla, emocional, comportamiento, y cuando/a donde. Si es posible, traiga copias de estas en su visita.

Nombre guarderías/cuidado de niños/preescolar u otras escuelas atendidas.

Nombre de Programa o Escuela:

Fechas:

<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

Describa cualquier asistencia especial que su hijo/a está recibiendo actualmente:



Developmental Follow-Up

Mary Allare, M.D., Virginia Valenzuela, M.S., N.N.P. Maria Thillet, M.S., NNP., Deborah Calhoun, M.D.
10250 N. 92nd Street, Suite 118, Scottsdale, AZ 85258 • (480) 767-1490 Fax 855-224-0059

ACTIVIDADES

¿Qué actividades le gustan a su hijo/a?

¿En cuales actividades se ha involucrado su hijo/a?

¿Qué se le ha hecho difícil de criar/cuidar a su hijo/a?

¿Qué es lo que le gusta más de su hijo/a?

¿Su hijo tiene algunos talentos/intereses especiales?
