

Jordan Developmental Pediatrics



FECHA DE HOY: _____

El Nombre del Niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M o F

El Nombre de la Madre _____ SS # _____ - _____ - _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

A Casa Teléfono: _____ Otro: _____ E-mail _____

Patrón _____ Ocupación _____ Fecha de nacimiento _____

El Nombre del Padre _____ SS # _____ - _____ - _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

A Casa Teléfono: _____ Otro: _____ E-mail _____

Patrón _____ Ocupación _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre Primario de seguros _____ Nombre Secundario de seguros _____

Nombre de Suscriptor _____ Nombre de Suscriptor _____

Identificación # _____ Identificación # _____

Grupo # _____ Fecha de vigencia _____ Grupo # _____ Fecha de vigencia _____

Otros Niños en nuestra Práctica: Nombre _____ DOB _____

Nombre _____ DOB _____

Nombre _____ DOB _____

El Nombre del Pediatra _____ Nombre de Práctica _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Teléfono # _____ Fax # _____

En caso de urgencia Por favor Póngase en contacto: _____ Teléfono # _____

_____ Teléfono # _____

¿Cómo se enteró usted sobre nuestra práctica? _____

Por favor Describa los Problemas corrientes o Cuestiones

-
-
-
1. ¿La capacidad de entender palabras o historias que él/ella se entera?..... Excelente/Bueno/Justo/Pobre
 2. ¿Capacidad de usar palabras y lengua para comunicar otros w/? Excelente/Bueno/Justo/Pobre
 3. ¿La capacidad de recordar palabras/frases que han dicho él/ella? Excelente/Bueno/Justo/Pobre
 4. ¿La capacidad de recordar cosas él/ella ha visto? Excelente/Bueno/Justo/Pobre
 5. ¿Capacidad de recordar detalles, nombres, o fechas del pasado? Excelente/Bueno/Justo/Pobre
 6. ¿La capacidad de reunir rompecabezas, entienda cómo las cosas trabajan? Excelente/Bueno/Justo/Pobre
 7. ¿Capacidad de usar sus/sus manos para comer, para vestirse, para dibujar, o escribir? Excelente/Bueno/Justo/Pobre
 8. ¿Capacidad de correr, para lanzar, y jugar juegos exteriores o deportes? Excelente/Bueno/Justo/Pobre

¿Tiene su Niño Dificultades en las Áreas Siquientes?

- ¿Nivel de Actividad - Cantidad de movimiento físico cada día?..... Muy Activo/Medio/Inactivo
- ¿Rítmico - Regularidad de sueño, hambre, evacuaciones intestinales? Irregular/Algo/Regular
- ¿Acercamiento - Respuestas a la nueva gente, sitios, o acontecimientos?..... Muy Resistente/Medio/No Resistente
- ¿Adaptabilidad - Capacidad de niño para cambiar su/su comportamiento para hacerse aceptable? ... Lento Para Adaptar/Medio/Rápido Adaptarse
- ¿Intensidad - Cantidad de energía en respuesta a cosas? Intenso/Medio/Suave
- ¿Humor - Cantidad de sentimientos agradables/desagradables? Desagradable/Medio/Agradable
- ¿La Duración de atención - Cuánto tiempo su niño se queda la tarea/actividad? No Persistente/Medio/Muy Persistente
- ¿Distractibility - a sonidos, monumentos, gente, comportamiento, afecta la terminación de tarea? ... Fácilmente Distracer/Medio/No Distraído
- ¿Umbral - Sensibilidad frente a sonidos, orden, gusto, luces, etc.? Muy Sensible/Medio/No Reactivo

Por favor conteste las preguntas siguientes sobre su niño a lo mejor de su capacidad

1. ¿Cómo bien su niño se pone con otra gente?..... Excelente/Bueno/Justo/Pobre
2. ¿Cómo bien realiza su niño la tarea en de la escuela/deportivo?..... Excelente/Bueno/Justo/Pobre
3. ¿Cómo siente su niño sobre su/su mí la estima? Excelente/Bueno/Justo/Pobre
4. ¿Su niño está ansioso, deprimido, tener pensamientos obsesivos?..... A Menudo/A Veces/Nunca
5. ¿Su niño está bien en la solución de problemas? Excelente/Bueno/Justo/Pobre
6. ¿Tiene su niño algún problema con el funcionamiento físico? A Menudo/A Veces/Nunca

(comer, dormir, tics, mordiendo de uña, etc.)

¿Alguna vez ha sido evaluado su niño? Sí / No

¿Si sí, por quien? ¿Cuándo? _____

¿Cuál era el resultado o el diagnóstico? _____

¿Lo que recomendaron al tratamiento? _____

¿Fue hecho el tratamiento? Sí / No

¿Hay allí algún problema con la salud física de su niño? Si sí, por favor explique:

1. Sistema Nervioso (asimientos, tics, debilidad de músculo, etc.) _____

2. Problemas Serios De largo plazo (calientan la enfermedad, el asma) _____

3. Heridas Serias u Operaciones (conmoción cerebral, hernia) _____

4. Medicaciones usadas durante más de dos semanas _____

5. Problemas con visión u oyendo (visión anormal o examen del oído) _____

6. Otros problemas médicos _____

La edad de gestación en la entrega (la gestación de término lleno es 40 semanas) _____ Semanas.

Peso de Nacimiento _____ libras _____ onz.

Describa cualquier problema con el embarazo o la entrega: _____

Si cualquiera de los parientes del niño tienen un diagnóstico llamado debajo, el círculo e indican la relación

1. Retraso mental, Bipolar, esquizofrenia, autismo: Relación: _____

2. Ansiedad, depresión, alcohol o consumo de drogas: Relación: _____

3. Aprendiendo problemas (dislexia, atención): Relación: _____

4. Otra salud mental, problema neurológico/del desarrollo: Relación: _____

¿Tiene la familia del niño la tensión financiera? Sí / No

¿Tiene la familia los problemas de relación personales que pueden causar la tensión? Sí / No

¿Sexualmente o físicamente ha sido abusado el niño o atestiguado la violencia doméstica? Sí / No

Si sí, a cualquiera de estas preguntas, por favor describa: _____

¿Mira allí cualquier otra información al niño que podría ayudar con la evaluación?

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

NUEVO REGLAS DE CANCELATION

EFFECTIVO 7/20/2011

**SI USTED NO PUEDE ASISTIR A SU CITA ESTAN
OLIGADOS A DAR A NUESTRA OFICINA UN AVISO DE
24 HORAS. SI USTED NO CANCELA SU CITA LOS
SIGUIENTS CARGOS SERÁN REFORZADAS:**

LOS SEGUROS PRIVADAS DE NUEVO PACIENTES: \$50.00

***LOS SEGUROS PRIVADAS DE PACIENTES ESTABLECIDOS:
\$25.00***

**COMO MUESTRA DE CORTESIA, UN RECORDATORIO
DE LLEMADA REALIZADA AL PACIENTE 24 HORAS
ANTES DE LA CITA. PORFAVOR, VERIFIQUE QUE SU
INFORMACIÓN DE CONTACTO ES CORRECTA CON LA
OFICINA PARA A SEGURARSE DE RECIBIR ESTAS
LLAMADAS.**

GRACIAS – JORDAN DEVELOPMENTAL PEDIATRICS