

**Para ser completado por el paciente/ padre o madre /tutor:**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Sexo: M F Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nombre del padre/ tutor: \_\_\_\_\_

Teléfono del padre/ tutor: Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre del pediatra: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

1. El paciente puede comunicarse en:  Inglés  Español  Francés  Creole  Lenguaje de señas  
 Otro idioma \_\_\_\_\_  Intérprete \_\_\_\_\_
2. El padre/ tutor puede comunicarse en:  Inglés  Español  Francés  Creole  Lenguaje de señas  
 Otro idioma \_\_\_\_\_  Intérprete \_\_\_\_\_
3. ¿El paciente practica alguna actividad de tipo religioso, cultural o espiritual que pueda interferir con la enseñanza o la atención médica?  Sí  No  
Especificar: \_\_\_\_\_
4. ¿Existe alguna inquietud de tipo económico respecto de la terapia que recibirá el paciente?  Sí  No  
En caso afirmativo, especificar: \_\_\_\_\_
5. Motivo de la visita del paciente al Departamento de Rehabilitación: \_\_\_\_\_
6. ¿Cuáles son las expectativas del paciente/ los familiares respecto de los resultados de la terapia? \_\_\_\_\_
7. ¿El paciente recibió o recibe tratamiento debido a esta afección?  Sí  No  
Especificar: \_\_\_\_\_
8. ¿El paciente presenta alguna inquietud o requerimiento físico o de tipo nutricional?  Sí  No  
En caso afirmativo, especificar: \_\_\_\_\_
9. ¿El paciente cuenta con todas las vacunas/ inmunizaciones correspondientes a su edad?  Sí  No  
De no ser así, explicar los motivos: \_\_\_\_\_

**Historia Clínica**

Indique si el paciente presentó o presenta en la actualidad alguno de los siguientes cuadros clínicos. Marque el casillero que corresponda y señale las fechas con la mayor precisión posible.

Cuadro clínico	Sí	No	En caso afirmativo, indicar fecha	Cuadro clínico	Sí	No	En caso afirmativo, indicar fecha
Apnea/ Bradicardia				Heridas sangrantes			
Trastornos intestinales / urinarios				Infecciones en los oidos			
Diabetes				Nacimiento prematuro			
Dificultades respiratorias/ Asma				Atención psiquiátrica			
Epilepsia				Terapia de radiación			
Fracturas				Reflujo			
Problemas cardíacos				Convulsiones			
Hepatitis				Tuberculosis			
Hernia				Derivación ventriculoperitoneal			
Hidrocefalia				Otros:			



10. ¿El paciente ha sido sometido a una intervención quirúrgica?  Sí  No En caso afirmativo, especificar el tipo de cirugía y la fecha: \_\_\_\_\_
11. Alergias:  No padece alergias \_\_\_\_\_
12. ¿El paciente toma algún tipo de precaución? ¿Se le han indicado restricciones?  No  Sí  
Especificar: \_\_\_\_\_

**Medicación**

1. Indique el tipo de medicación que el paciente toma en la actualidad \_\_\_\_\_
2. Indique los suplementos y medicamentos de venta libre que el paciente toma en la actualidad \_\_\_\_\_

**Tratamiento del dolor**

1. ¿El paciente siente algún tipo de dolor?  Sí  No
2. ¿El paciente ha sentido dolor recientemente?  Sí  No
3. Intensidad del dolor (utilice la escala a su IZQUIERDA para indicar los niveles de intensidad)



Actual nivel de dolor: \_\_\_\_\_  
Menor nivel de dolor padecido: \_\_\_\_\_  
Mayor nivel de dolor padecido: \_\_\_\_\_

Wong, D.I., Hockenberry-Eaton, M., Wilson, D., Winkelstein, M.J., Ahmann, E., DiVito-Thomas, P.A., Whaley y Wong: Nursing Care of Infants y Children, ed. 6, St. Louis, 1999, p. 2040. Copyright: Mosby, Inc. Reimpresión autorizada

**ESCALA FLACC**

Para niños menores de 3 años

Indique un puntaje para cada categoría: 0 - 0, 5 - 1 El puntaje total (entre 0 y 5) representa el nivel de dolor que siente el niño:

Categorías	0	0,5	1
Rostró	Sin una expresión o sonrisa en particular	Muecas o ceño fruncido en forma ocasional. Falta de interés y de atención.	Barbilla temblorosa y mandíbulas apretadas en forma frecuente o constante
Piernas	Posición normal o relajada	Movimientos inquietos o tensos	Patadas o piernas encogidas
Actividad	El niño reposa tranquilo, en posición normal. Se mueve con naturalidad.	Contorsiones, movimientos hacia atrás y adelante, tensión	Cuerpo arqueado, movimientos rígidos o con respingos.
Llanto	No se registra llanto (despierto o dormido)	Gemidos o lloriqueo, quejidos espaciados	Llanto constante, gritos o sollozos. Quejidos frecuentes.
Capacidad de alivio	Facilidad para alcanzar satisfacción y descanso	El niño se alivia mediante el contacto, al abrazarlo o al hablarle. Se distrae con facilidad.	Dificultad para hallar consuelo o alivio.

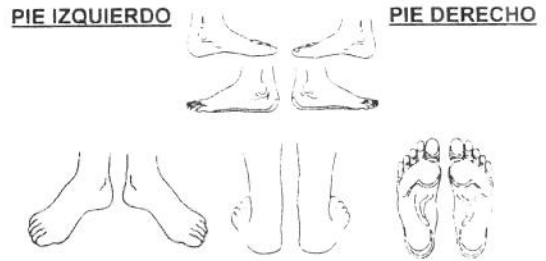
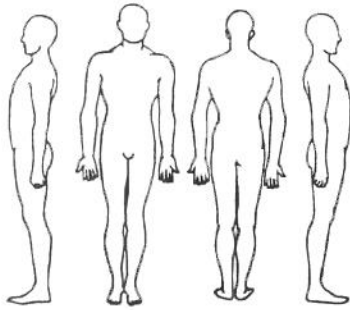
Adaptación autorizada por el autor para ser utilizada por Memorial Healthcare System (2001)

4. ¿Cuándo comenzó el dolor? \_\_\_\_\_
5. Duración del dolor:  Constante  75% del tiempo  50% del tiempo  25% del tiempo
6. Descripción del dolor:  Constante  Quemante  Agobiante  Leve  
 Agudo  Pulsante  Opresivo  Punzante  Tirantez/ Rigidez  
 Insoportable  Imposible de describir  Otro tipo de dolor \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. ¿Existe algo que incremente el dolor? \_\_\_\_\_ ¿Hay algo que lo alivie? \_\_\_\_\_  
 El efecto se siente:  todo el tiempo  la mayor parte del tiempo  algunas veces  
 temporalmente  No se sienten efectos
8. Localización del dolor (marque el lugar en los dibujos con una X). ¿El dolor pasa o se irradia de una parte del cuerpo a otra?  Sí  No



9. Marque con un círculo el grado de dolor que el paciente consideraría aceptable al **completar** la terapia.



Wong, D.I., Hockenberry-Eaton, M., Wilson, D., Winkelstein, M.J., Ahmann, E., DiVito-Thomas, P.A., Whaley y Wong: Nursing Care of Infants and Children, ed. 6, St. Louis, 1999, p. 2040. Copyright: Mosby, Inc. Reimpresión autorizada.

### INFORMACIÓN ÚTIL

Marque todas las actividades que el paciente puede realizar:

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mantener la cabeza erguida  | <input type="checkbox"/> Alcanzar los juguetes         | <input type="checkbox"/> Caminar                        | <input type="checkbox"/> Sostener el biberón/ la taza |
| <input type="checkbox"/> Gatear                      | <input type="checkbox"/> Incorporarse para levantarse  | <input type="checkbox"/> Hacer una torre                | <input type="checkbox"/> Beber de una taza            |
| <input type="checkbox"/> Sostener los juguetes       | <input type="checkbox"/> Aplaudir/ Golpear las manos   | <input type="checkbox"/> Alimentarse con los dedos      | <input type="checkbox"/> Vestirse                     |
| <input type="checkbox"/> Emitir 1 ó 2 palabras       | <input type="checkbox"/> Garabatear/ Escribir          | <input type="checkbox"/> Obedecer instrucciones simples | <input type="checkbox"/> Imitar/ Repetir palabras     |
| <input type="checkbox"/> Pronunciar oraciones        | <input type="checkbox"/> Comer de una cuchara          | <input type="checkbox"/> Desvestirse                    | <input type="checkbox"/> Bañarse                      |
| <input type="checkbox"/> Atarse los cordones         | <input type="checkbox"/> Expresarse por sí solo        | <input type="checkbox"/> Hamacarse                      | <input type="checkbox"/> Brincar/ Saltar              |
| <input type="checkbox"/> Responder preguntas simples | <input type="checkbox"/> Responder preguntas complejas | <input type="checkbox"/> Rodar                          | <input type="checkbox"/> Correr                       |
| <input type="checkbox"/> Hablar con claridad         | <input type="checkbox"/> Lograr ser comprendido        |   |   |
| <input type="checkbox"/> Andar en bicicleta          | <input type="checkbox"/> Sentarse                      |   |   |

### EDUCACIÓN

1. ¿Cuál es el mejor tipo de enseñanza para el paciente/ padre/ tutor?  Escrita  Visual  Oral  
 Otros tipos de enseñanza \_\_\_\_\_
2. Nivel de educación completo que ha alcanzado el paciente/ padre/ tutor \_\_\_\_\_
3. Nivel de educación completo que ha alcanzado el paciente \_\_\_\_\_
4. El paciente/ padre/ tutor desea recibir información sobre:  Programa de ejercicios en el hogar  
 Técnicas de tratamiento del dolor  Grupos de apoyo  Otro tipo de información: \_\_\_\_\_

Yo, el paciente/ padre /tutor, declaro haber proporcionado información correcta a mi leal saber y entender, y haber recibido una copia de las Prácticas y Procedimientos de Orientación al Paciente sobre rehabilitación de pacientes ambulatorios. Declaro haber leído y comprendido la información relativa a tales procedimientos. Queda bajo mi exclusiva responsabilidad comunicar al terapeuta cualquier cambio inesperado que se produzca en la condición del paciente, como así también cualquier medicación o tratamiento adicional que reciba. Asimismo, asumo el compromiso de participar activamente en las decisiones relacionadas con el tratamiento recibido por el paciente y de comunicar al terapeuta cualquier inquietud al respecto. Reconozco que de no cumplir con el tratamiento establecido, yo, el padre/ tutor del paciente, seré enteramente responsable de las consecuencias. Otorgo autorización al establecimiento médico para revelar información médica de carácter privilegiado a la persona a cargo de la tarea de transportar al paciente.

Firma del paciente/ padre o madre/ tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 (sirvase marcar con un círculo): \_\_\_\_\_

**Para ser completado por el terapeuta y el paciente/ padre/ tutor:**  
**Requisitos de la enseñanza. A completar por el terapeuta:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aprendizaje relacionado con las actividades diarias | <input type="checkbox"/> Programa de ejercicios en el hogar | <input type="checkbox"/> Postura                      |
| <input type="checkbox"/> Manejo del cuerpo                                   | <input type="checkbox"/> Cambios domésticos                 | <input type="checkbox"/> Prevención                   |
| <input type="checkbox"/> Control diario de orina y defecaciones              | <input type="checkbox"/> Equipos médicos                    | <input type="checkbox"/> Técnicas de movilidad propia |
| <input type="checkbox"/> Comunicación  | <input type="checkbox"/> Movilidad                          | <input type="checkbox"/> Cuidado de las heridas       |
| <input type="checkbox"/> Recursos de la comunidad                            | <input type="checkbox"/> Cuidado de recién nacidos          | <input type="checkbox"/> Evacuación intestinal        |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico   | <input type="checkbox"/> Nutrición                          | <input type="checkbox"/> Otros _____                  |
| <input type="checkbox"/> Planificación del alta                              | <input type="checkbox"/> Ocupación                          |   |
| <input type="checkbox"/> Ejercitación del paso                               | <input type="checkbox"/> Tratamiento del dolor              |   |

Embarazo/ Parto: \_\_\_\_\_

Exámenes: \_\_\_\_\_

Historia clínica previa: \_\_\_\_\_

Entorno social/ doméstico/ escolar: \_\_\_\_\_

Elementos para la adaptación: \_\_\_\_\_

Potenciales limitaciones a la enseñanza:  Edad  Económicas  Cognitivas  Religiosas  Físicas  
 Nivel de educación  Comunicación  Valores culturales  Ninguna

Se observan síntomas o señales de abuso:  Sí  No

En caso afirmativo, indicar las medidas tomadas: \_\_\_\_\_

	Firma del terapeuta	Nombre en letra de imprenta	Fecha de inicio de la evaluación
FISIOTERAPIA			
TERAPIA OCUPACIONAL			
TERAPIA DEL LENGUAJE			
AUDIOLOGÍA			
ENTRENADOR FÍSICO			