



CENTER FOR CHILDREN

3900 Washington Avenue, Evansville, IN 47150
www.stmarvs.org, 812-485-7425/812-485-7678

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

NOMBRE DEL PACIENTE:
NÚMERO DE LA UNIDAD:
FECHA DE LA VISITA:
FECHA DE NACIMIENTO:
EDAD:
SEXO:

INFORME Y EVALUACIÓN DE LA INGESTIÓN ALIMENTICIA

¿Llevó alguna otra vez al niño a consulta en el Center for Children? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comentarios:	NOMBRE DEL MÉDICO REMITENTE:
MÉDICO DE CABECERA: (nombre y domicilio):	OTROS MÉDICOS: (nombres y domicilios):

DOLENCIA PRINCIPAL:

ANTECEDENTES MÉDICOS

Nacimiento:

Meses de embarazo de la madre:

Peso al nacer:

Complicaciones posteriores al alumbramiento:

Quando era bebé, ¿le hicieron alguna de estas intervenciones médicas?

- ¿Traqueotomía? Sí No Fechas:
- ¿Respirador? Sí No Fechas:
- ¿Cánula nasal? Sí No Fechas:

HISTORIAL ALIMENTICIO:

Recién nacido (0 a 3 meses): Pecho Biberón Combinación Sólo sonda de alimentación
 Después de los 3 meses: Pecho Biberón Combinación Sólo sonda de alimentación

¿Se interrumpió la alimentación del niño en alguna etapa de la infancia? Sí No Fechas:
 Razón:

Sonda de alimentación:

- ¿Sonda nasogástrica? Sí No Fechas:
- ¿Sonda gástrica? Sí No Fechas:
- ¿Otro tipo de sonda? Sí No Tipo y fechas:
- ¿Se alimenta por sonda actualmente? Sí No Tipo de sonda:

St. Mary's Center for Children, Programa para los Trastornos de la Ingestión y de la Conducta Alimentaria de la infancia y la niñez

Nombre del paciente:

MR#

Fecha de nacimiento:

Fecha de la visita:

¿Hubo que cambiarle la fórmula alguna vez? Sí No

Fechas y tipo de fórmula:

Nombre de la fórmula con que se alimenta actualmente:

Edad en que le empezó a dar alimentos sólidos:

Qué tan bien aceptó o toleró la comida por cucharaditas cuando bebé y hasta los tres años:

¿Ha habido cambios de apetito recientes? Sí No Comentarios:

¿Ha subido o bajado de peso recientemente? Sí No Comentarios:

PROBLEMAS MÉDICOS EN LA ACTUALIDAD:

+	-	Explicación si ha indicado con un +:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Infección recurrente de los oídos	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Resfriado o infección recurrente de los senos frontales	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Llagas recurrentes en la boca	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Se atraganta o hace arcadas con frecuencia	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tos crónica o recurrente	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Neumonía	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sibilancias o ronquidos al respirar	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemas del corazón	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Náuseas o dolor de estómago	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Vómito, regurgitación frecuentes	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemas intestinales <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Diarrea	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cambios de la frecuencia urinaria <input type="checkbox"/> Disminución <input type="checkbox"/> Aumento	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tono muscular anormal (espasticidad, hipotonía muscular)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ataque cerebral o convulsiones	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Retrasos del desarrollo (del habla, de las destrezas motoras)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Molestias debidas a los sentidos (con la luz, el ruido, la ropa, las texturas)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fracturas o huesos rotos	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problemas de la piel (eccema, sarpullidos, llagas)	

St. Mary's Center for Children, Programa para los Trastornos de la Ingestión y de la Conducta Alimentaria de la infancia y la niñez

Nombre del paciente:

MR#

Fecha de nacimiento:

Fecha de la visita:

ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS:**MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE:**

Medicamento:	Dosis:	Médico que se lo recetó:
--------------	--------	--------------------------

HOSPITALIZACIONES/OPERACIONES/INTERVENCIONES:

Fechas e información adicional (tipo, razón y resultado):

PRUEBAS MÉDICAS:

¿Prueba de deglución (para ver si traga bien)? (MBS o trago de bario modificado/OPMS o prueba de la motilidad bucal y faríngea) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha y hospital o clínica:	Resultado:
¿Endoscopia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha y hospital o clínica:	Resultado:
¿Vaciamiento gástrico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha y hospital o clínica:	Resultado:
¿Medición de pH del esófago? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha y hospital o clínica:	Resultado:
¿Rayos X del esófago, estómago y duodeno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha y hospital o clínica:	Resultado:
¿Pruebas de alergia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha y hospital o clínica:	Tipos de prueba (de piel, de sangre, del medio ambiente) y resultados:

ALERGIAS A MEDICAMENTOS Y A ALIMENTOS (enumere los alimentos y los medicamentos que evita):

VACUNAS: (escriba "al día" o enumere las que le faltan)

ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES:

ANTECEDENTES SOCIALES

VIDA COTIDIANA:

Tipo de vivienda del niño y quiénes viven con él o ella:

Persona a cargo del cuidado del niño (la persona que se ocupa de cuidarlo y alimentarlo):

Circunstancias que actualmente causan estrés en la familia:

St. Mary's Center for Children, Programa para los Trastornos de la Ingestión y de la Conducta Alimentaria de la infancia y la niñez

Nombre del paciente:

MR#

Fecha de nacimiento:

Fecha de la visita:

INFORMACIÓN SOBRE LA ESCUELA O LA GUARDERÍA:

Nombre de la escuela o de la guardería:

Maestra:

Grado o nivel escolar:

Si está inscrito en programas de educación especial, enumérelos:

¿En la escuela o en la guardería les causan problemas las dificultades de alimentación del niño?

¿Se ocupan de atender estas dificultades?

Sí No Comentarios:

St. Mary's Center for Children, Programa para los Trastornos de la Ingestión y de la Conducta Alimentaria de la infancia y la niñez

Nombre del paciente:

MR#

Fecha de nacimiento:

Fecha de la visita:

TERAPIAS QUE HAYA RECIBIDO PARA SUS DIFICULTADES ALIMENTICIAS: (enumere todas las terapias pasadas y también las actuales)

Nombre del terapeuta y del consultorio:

Número de teléfono:

Tipo de terapia:

¿Le sirvió? Sí No Comentarios:

Nombre del terapeuta y del consultorio:

Número de teléfono:

Tipo de terapia:

¿Le sirvió? Sí No Comentarios:

INFORMACIÓN Y PREOCUPACIONES ACTUALES

PRÁCTICAS DE LA ALIMENTACIÓN: (indique cuáles aplican al niño)

Para la bebida:

El niño usa:

Si bebe con biberón, indique el tipo de biberón y el tipo de tetilla o chupo:

¿Se lleva el niño el biberón o la taza a la boca por sí mismo? Sí No

Bebidas preferidas:

Bebidas que no le gustan:

¿Dónde suele el niño tomar sus bebidas (por ejemplo: acostado en la cama, sentado en una silla/en la habitación, en la cocina)?

Para la comida:

Textura preferida:

Grosor máximo de la comida que le ofrece (por ejemplo: puré, trocitos pequeños):

¿Puede comer por sí solo? Sí No

¿Usa los cubiertos por sí solo? Sí No

Alimentos preferidos:

Alimentos que no le gustan:

¿Dónde suele el niño comer (por ejemplo: en la cama, en una silla/en la habitación, en la cocina)?

El niño suele comer solo con el resto de la familia.

Si el niño come una dieta especial, dé los detalles de la dieta:

¿Son similares los hábitos y preferencias del niño a los del resto de la familia?

¿Come poco a la comida y come varias comidas ligeras a lo largo del día?

¿Juega con sus juguetes o ve televisión a la hora de la comida? Sí No Comentarios:

Describe el orden en que le ofrece la comida al niño (por ejemplo: siempre empieza con la bebida, etc.):

En general, el apetito del niño es (elija una sola opción):

pobre regular bueno excelente come demasiado

¿Cómo sabe usted que el niño tiene hambre?

¿Cuánto tiempo tarda el niño para terminar de comer?

¿Tiene problemas de comportamiento a la hora de la comida? Sí No

Indique todos los comportamientos problemáticos a la hora de la comida:

<input type="checkbox"/>	Tira la comida	<input type="checkbox"/>	Se ensucia cuando come
<input type="checkbox"/>	Escupe la comida	<input type="checkbox"/>	Les quita la comida a los demás
<input type="checkbox"/>	Llora, chilla	<input type="checkbox"/>	Hace arcadas
<input type="checkbox"/>	Se rehúsa a comer	<input type="checkbox"/>	Vomita
<input type="checkbox"/>	Se para de la mesa sin terminar/Termina demasiado rápido	<input type="checkbox"/>	Come demasiado
<input type="checkbox"/>	Es muy selectivo/Sólo come ciertas cosas	<input type="checkbox"/>	Se demora
<input type="checkbox"/>	Se llena la boca de comida y no se la traga	<input type="checkbox"/>	Come caminando/Rehúsa sentarse
<input type="checkbox"/>	Otros problemas de comportamiento:		

¿Qué hace usted cuando el niño no se porta bien a la hora de la comida?

¿Por qué cree usted que el niño rehúsa la comida o la bebida?

Enumere otros problemas de comportamiento del niño (por ejemplo: rabietas, dificultades con el sueño, agresividad):

APUNTES DEL ESTUDIO DE OBSERVACIÓN DEL PSICÓLOGO (PSYCHOLOGY FEEDING OBSERVATION)

BEBIDAS / COMIDAS QUE SE LE OFRECIERON	¿COMIÓ?	BEBIDAS / COMIDAS QUE SE LE OFRECIERON	¿COMIÓ?
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Resumen de datos:

Accepts (Acepta)

Expelling (Escupe)

Negative Vocalizations (Vocalización negativa)

Facilitated Accepts (Acepta con ayuda)

Mouth Clean (Boca vacía)

Total Inappropriate Behaviors (Total de conductas inadecuadas)

Interrupts (Interrumpe)

Packing (Se llena la boca y no traga)

Independent Bites (Come sin que se le pida)

Gagging (Hace arcadas)

Caregiver Summary (Resumen sobre la persona que lo cuida):

Instructions (Da instrucciones)

Verbal Positive Reinforcement (Anima verbalmente)

Total Caregiver Proficiency (Nivel de competencia)

St. Mary's Center for Children, Programa para los Trastornos de la Ingestión y de la Conducta Alimentaria de la infancia y la niñez

Nombre del paciente:

MR#

Fecha de nacimiento:

Fecha de la visita:

Prompts (Empuja verbalmente)	Tangible Positive Reinforcement (Incentivos tangibles)
Ignoring (No le hace caso)	Pacing (Camina de un lado para el otro)
DIFICULTADES EVIDENTES PARA COMER:	
EVALUACIÓN DE LA DIETISTA	
EVALUACIÓN DE LAS TERAPEUTAS DEL HABLA Y DE LAS DE LA TERAPIA OCUPACIONAL	

St. Mary's Center for Children, Programa para los Trastornos de la Ingestión y de la Conducta Alimentaria de la infancia y la niñez

Nombre del paciente:

MR#

Fecha de nacimiento:

Fecha de la visita:

DIAGNÓSTICO Y RECOMENDACIONES

DIAGNÓSTICO:

RECOMENDACIONES:

NUTRICIÓN: WT (Peso): HT (Talla): IBW (Peso ideal): Current weight is % of IBW
((El peso actual es el % del peso ideal)

MEDICAMENTOS:

PRUEBAS/INTERVENCIONES:

INSTRUCCIONES PARA DARLE DE COMER:

RECOMENDACIONES EN CUANTO A TERAPIAS:

MIEMBROS DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO QUE CONTRIBUYERON A LA EVALUACIÓN:

_____	Billing Code (Código para la factura)	Time/Units (Horas/Unidades)
<input type="checkbox"/> Elizabeth Clawson, MS, PhD, LCP, HSPP (812) 485-5229		

<input type="checkbox"/> Carol Ackerman, MS, RD (812) 485-4097		

<input type="checkbox"/> Cara Clark, MS, CCC-SLP (812) 485-7425		

<input type="checkbox"/> Otros especialistas:	Billing Code (Código para la factura)	Time/Units (Horas/Unidades)
---	--	--------------------------------

Próxima cita:

La información anterior fue repasada con la persona a cargo de la atención del niño quien dijo haberla entendido.

St. Mary's Center for Children, Programa para los Trastornos de la Ingestión y de la Conducta Alimentaria de la infancia y la niñez

Nombre del paciente:

MR#

Fecha de nacimiento:

Fecha de la visita: