



Historia de Paciente para Estudio de Tragar (Estudio Videofluoroscópico de la Deglución)

Por favor complete este formulario antes del Estudio de Tragar.

Nombre del hijo(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Género: _____

Información provista por: _____

Relación al Paciente: _____

Cuál es su mayor preocupación sobre como traga su hijo/a? _____

Historial Prenatal y de Nacimiento:

Durante su embarazo, la madre del niño(a) tuvo alguna enfermedad inusual, condición o accidente: Sí No

Si es así, por favor de proporcionar la información: _____

¿Hubo uso de alcohol / drogas durante el embarazo? Sí No

Si es así, por favor explique: _____

Duración de Embarazo: _____ Tipo de parto : Vaginal Cesárea

¿Cuánto pesó su hijo(a) al nacer? : _____

Hospitalización a partir del nacimiento: _____

¿Estuvo su hijo(a) en la unidad de cuidados intensivos neonatales? Sí No

¿Durante cuánto tiempo? _____

¿Algunos de los siguientes eventos ocurrieron después del nacimiento?

Actividad Convulsiva: Sí No

Dificultad regresando al peso de nacimiento: Sí No

Dificultad para succionar/tragar: Sí No

Necesidad de oxígeno: Sí No

Información Médica:

Médico de Familia /Practicante: _____ Teléfono:(_____)

Médico que la refirió: _____ Teléfono:(_____)

Diagnóstico médico: _____

Motivo para referido: _____

¿Ha tenido su hijo(a) alguna de las siguientes pruebas?

Serie Gastrointestinal Superior:

Estudio de Tragar:

Endoscopia:

Cuándo/ Dónde: _____

Cuándo / Dónde: _____

Cuándo / Dónde: _____

Resultados: _____

Resultados: _____

Resultados: _____

Estudio de Medicina Nuclear /

Vaciamiento Gástrico:

Cuándo /

Dónde: _____

Resultados: _____

Prueba de pH:

Cuándo /

Dónde: _____

Resultados: _____

¿Ha tenido su hijo(a) alguna de las siguientes condiciones? (Por favor marque todas las que apliquen)

Resfriados

frecuentes: _____ Bronquitis: _____ Asma: _____ Bronchomalacia: _____

Traqueomalacia: _____ Laringomalacia: _____ Displasia broncopulmonar: _____

Uso de Oxígeno: _____ traqueotomía: _____ (Si es así, Fecha que fue colocado: _____ Fecha que fue removido _____)

Historial de Terapia:

Su hijo(a) recibe (Por favor circule): Terapia Ocupacional Terapia Física Terapia del Lenguaje

Dónde: _____ ¿Con qué frecuencia?: _____

Terapeuta(s): _____

* Una Autorización Para Divulgar Información tendrá que ser firmada para proveer información de este video a estas personas.

Nutrición y Alimentación:

1. ¿Tiene su hijo dificultad para aumentar de peso? Sí o No
2. ¿Ha habido alguna preocupación nutricional en el pasado o presente? Sí o No
3. Su hijo(a) tiene o ha tenido:
(Por favor marque todos los que apliquen)

Sonda Gástrica

o de Yeyunostomía _____ Fecha Inicial: _____ Fecha Final: _____

Sonda Nasogástrica _____ Fecha Inicial: _____ Fecha Final: _____

Sonda Gástrica Oral _____ Fecha Inicial: _____ Fecha Final: _____

Cual fue la razón por la cual colocaron las sondas?

4. Por favor marque todos los apliquen: Su hijo(a) está ingiriendo líquidos a través de :

Lactación de Seno: Sí o No

¿Con qué frecuencia? _____ ¿Cuánto tiempo en cada seno ? _____

Biberón: Sí o No

¿Con qué frecuencia? _____ ¿Cuántas onzas cada vez que lo alimenta? _____

¿Cuánto tiempo le toma darle un biberón? _____ ¿Utilizó algún tipo de tetina o chupón ? _____

Vaso o Taza: Sí o No

¿Con qué frecuencia? _____ ¿Cuántas onzas cada vez que lo alimenta? _____

Su hijo(a) utiliza popote o sorbeto? Sí o No

¿Necesita ayudarlo cuando bebe de un vaso o taza? Sí o No

5. Por favor mencione las comidas que a su hijo(a) le gusta comer particularmente, o que se le hace fácil consumir:
-

6. Por favor mencione las comidas en particular que su a hijo(a) no le gustan, o que le cuesta trabajo comer. Explique porque son difíciles para su hijo(a):
-

Información de Desarrollo:

1. Cual posición usted usa típicamente para alimentar a su hijo(a)? (Por favor circule lo que aplique):

Sentado en sus piernas Reclinado en sus brazos una silla alta para bebé

En un asiento elevado Una silla adaptada Otro:

2. ¿Su hijo(a) puede hacer alguna de las siguientes acciones?

(Por favor marque todos las que apliquen)

¿Puede sostener su cabeza por sí mismo? Sí o No Desde la edad de: _____

¿Rodar? Sí o No Desde la edad de: _____

¿Sentarse solo? Sí o No Desde la edad de: _____

¿Gatear? Sí o No Desde la edad de: _____

¿Ponerse de pie y caminar sosteniéndose? Sí o No Desde la edad de: _____

¿Caminar solo? Sí o No Desde la edad de: _____

3. ¿Usted deja que su hijo(a) se ensucie con su comida mientras come? Sí o No

Si es así, su hijo(a) lo disfruta o se queja que se ensució? Lo Disfruta o Se Queja

Usted, como padre, se le dificulta dejar que su hijo(a) se ensucie con la comida? Sí o No

4. Su hijo(a) usa un chupón o chupete? Sí o No

5. Su hijo(a) se alimenta por si solo? Sí o No

6. En una escala del 1 al 10 (1 siendo lo menos estresante y 10 lo más estresante), ¿Cómo calificaría su nivel de estrés en relación a la alimentación de su hijo(a)? (Por favor circule el número apropiado).

(Menos estresante) 1....2....3....4....5....6....7....8....9....10 (Mas estresante)

* Gracias por su tiempo y contribución. Por favor recuerde traer este formulario con usted a la cita. Esperamos conocerlo a usted y a su hijo(a). Llame con cualquier pregunta al: 515-241-8550.

