

CUESTIONARIO DE SALUD

Fecha: _____

1. - Datos de identificación.

Nombre y apellidos: _____ Sexo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____

Localidad _____ C.P. _____

Teléfonos: _____ / _____ / _____

Correo electrónico: _____

Nombre del padre: _____ F.N. _____

Profesión: _____

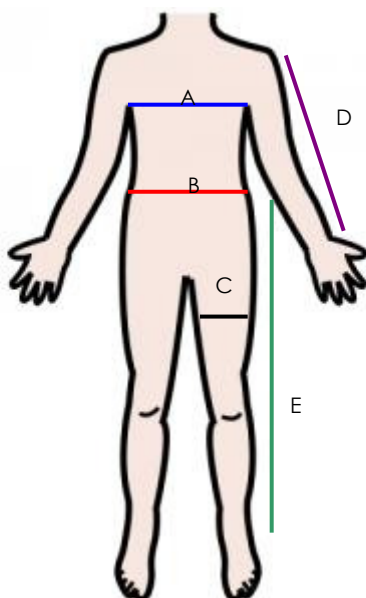
Nombre de la madre: _____ F.N. _____

Profesión: _____

Nº de hermanos _____ Lugar que ocupa: _____

Edad de los hermanos _____

2. Exploración física:



- | |
|---|
| <p>A. Contorno de tórax (cm):</p> <p>B. Contorno de cintura (cm):</p> <p>C. Contorno de muslos (cm):</p> <p style="padding-left: 20px;">- Derecho:</p> <p style="padding-left: 20px;">- Izquierdo:</p> <p>D. Longitud del brazo (cm):</p> <p>E. Longitud de la pierna (cm):</p> |
|---|

Peso (Kg): _____

Talla (cm): _____

Derecho

Izquierdo

Talla de zapato sin férulas (DAFO): _____

Talla de zapato con férulas (DAFO): _____

3.- Valoración médica

DIAGNÓSTICOS (especifique si hay más de uno).

Anamnesis por aparatos (indique si se le han realizado alguna de estas pruebas o ha tenido alguna de estas problemáticas):

<i>Garganta- odio-nariz</i>	<input type="checkbox"/> Otoemisiones <input type="checkbox"/> Potenciales evocados auditivos <input type="checkbox"/> Audiometría <input type="checkbox"/> Drenaje auditivo Pérdida auditiva: OI _____ OD _____ <input type="checkbox"/> Uso de audífonos <input type="checkbox"/> Implate coclear
<i>Aparato Respiratorio</i>	<input type="checkbox"/> Neumonía <input type="checkbox"/> Catarros de repetición <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Otros _____
<i>Aparato Circulatorio</i>	<input type="checkbox"/> Soplos <input type="checkbox"/> Cardiopatía. Expecifique cuál: _____ <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Otros _____
<i>Aparato Digestivo</i>	<input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica <input type="checkbox"/> Botón gástrico <input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico <input type="checkbox"/> Problemas en masticación/deglución <input type="checkbox"/> Otros _____
<i>Sistema nervioso</i>	<input type="checkbox"/> Hidrocefalia <input type="checkbox"/> Válvula de derivación <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Otros _____
<i>Aparato locomotor</i>	<input type="checkbox"/> Fracturas <input type="checkbox"/> Dismetrías de extremidades <input type="checkbox"/> Escoliosis <input type="checkbox"/> Luxaciones <input type="checkbox"/> Otros _____
<i>Alteraciones genito- urinarias</i>	<input type="checkbox"/> Problemas renales <input type="checkbox"/> Reflujo vesico-uretral <input type="checkbox"/> Problemas genitales <input type="checkbox"/> Otros _____

Enumere las medicaciones que actualmente toma el niño/a, así como las patologías para las que han sido indicadas.

Patología	Medicación	Dosis

A rellenar en el caso de haber requerido tratamiento con este medicamento.

Toxina botulínica	
Fechas de las infiltraciones	Grupos musculares

Indique las diferentes intervenciones a las que ha acudido su hijo/a y el tiempo de permanencia en las mismas.

	LUGAR	DURACION
Atención temprana		
Logopedia		
Fisioterapia		
Psicomotricidad		
Hidroterapia		
Hipoterapia		
Estimulación visual		
Otros		

4.- Valoración de la comunicación

I.- Medio actual de comunicación.

A. Utiliza el habla para comunicarse.

SI NO

B. Utiliza otras vocalizaciones distintas del habla para comunicarse.

- Gritos.
- Rechazo.
- Otros(describirlos)

C. Utiliza gestos para comunicar.

SI NO

- Deseo
- Rechazo
- Otros (Describirlos de forma detallada)

D. Utiliza la señalación para comunicarse.

SI NO

1. Brazo y mano

- Apunta con un dedo
 - De la mano derecha De la mano izquierda

- Apunta con varios dedos, pero no puede independizar uno.
 - De la mano derecha De la mano izquierda

- Señala con el puño cerrado
 - Mano derecha Mano izquierda

2. Se comunica con los ojos SI NO

Fijación visual binocular

Fijación visual con un solo ojo

Derecho

Izquierdo

Mira, pero no puede mantener la fijación

E. Utiliza expresiones faciales para comunicarse. SI NO

Describir las expresiones y lo que indican

IV. CAPACIDAD FÍSICA

A. Movilidad

Ambulación (describir cualquier ayuda que necesite)

Usa silla de ruedas

Otras(describir)

B. Control de cabeza

Buen control cefálico

Sostiene la cabeza con dificultad

Con frecuencia se le cae la cabeza hacia delante o hacia los lados

Puede sostenerla aceptablemente para usar un licornio

C. Sedestación

Describir cómo se sienta y el dispositivo especial en caso de utilizar alguno

6.- Desarrollo motor:

Indique cómo lo realiza y la edad de adquisición de los siguientes ítems:

- Control de la cabeza: _____
- Control de tronco: _____
- Sedestación: _____
- Rastreo: _____
- Gateo: _____
- Bipedestación: _____
- Marcha independiente: _____
- Manipulación: _____

- Ayudas técnicas (especificar modelo):
 - Corsé silla
 - DAFO: _____
 - Parapodium: _____
 - Muletas: _____
 - Andador: _____
 - Silla pasiva: _____
 - Silla autopropulsable: _____
 - Silla eléctrica: _____

[Servicio de Intervención y Desarrollo Infantil](#) **EQUIPO SIDI** repcion@equiposidi.com

www.equiposidi.com

[Avda. de la Rosaleda 11, 29008 - MALAGA](#)

Teléfonos: 952-218901, 633433470

[Avda. Sebastián Souvirón Utrera, 29620 - TORREMOLINOS](#)

Teléfonos: 952-005644, 633543343