



**UMass Memorial
Children's Medical Center**

Developmental and Behavioral Pediatrics (DBP)

Por favor adjunte una
foto del niño o niña

DBP Mailing address:
ATT: DBP Admin
Suite S4-301 Room S4-301C46
55 Lake Avenue North
Worcester, MA01655

DBP clinic:
Benedict Building, second floor
55 Lake Avenue North
Worcester, MA01655

Parent Questionnaire For children, younger than 5 years old Cuestionario para padres – Niños menores de 5 años

PLEASE NOTE: We are unable to provide emergency services. If you are concerned that your child is in immediate danger of harming himself/herself or others, contact 911, an emergency service provider, and/or your child's primary care provider. Check our website for any questions:

www.umassmemorial.org/DBP *****PLEASE COMPLETE AND MAIL QUESTIONNAIRE BACK TO US
WITHIN 3 MONTHS*****

Nombre del niño(a): _____ Fecha hoy: _____

Sobrenombre (si tiene): _____ Fecha nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Masc. / Fem.

Antecedente étnico (opcional): Blanco Afro-Americano Hispano Indio Americano
Asiático Islas del Pacífico Otro: _____

Persona que completa este formulario: _____ Parentesco/relación con el niño _____

Dirección del niño: _____
Calle Ciudad
Estado Código postal

Madre 1 Nombre: _____ Parentesco/relación con el niño: _____

Madre 1 Dirección (si distinta del niño): _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono: (____) _____ Celular: (____) _____ Trabajo:(____) _____

Padre 2 Nombre: _____ Parentesco/relación con el niño: _____

Padre 2 Dirección (si distinta del niño): _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono: (____) _____ Celular: (____) _____ Trabajo:(____) _____

Lengua(s) que se habla en el hogar, de la más a la menos usada:1) _____ 2) _____ 3) _____

¿Necesita intérprete? __No __Sí

Pediatra del niño: _____ Teléfono: (____) _____

Dirección completa del pediatra: _____

I. PREOCUPACIONES DE LOS PADRES

1. Describa su preocupación principal sobre el niño:

2. ¿Cuándo comenzó su preocupación por esto? _____

3. ¿Le habló al pediatra de su preocupación? ¿Cuándo? _____

4. ¿Qué trató hacer en el pasado con respecto a estos problemas? _____

5. ¿Qué cualidades y destrezas tiene su niño(a)? _____

I

I. ANTECEDENTES DEL NACIMIENTO DEL NIÑO

¿Fue adoptado? No Sí A qué edad _____ meses/años de (país) _____

| Antecedentes embarazo, parto y nacimiento | Sí | No | Comentarios |
|--|----|----|-------------|
| 1. Edad de la madre al nacer el niño: _____ años | | | |
| 2. ¿Este niño es mellizo/gemelo o trillizo? | | | |
| 3. ¿Problemas con otros embarazos? ¿Aborto espontáneo? | | | |
| 4. ¿Usó <i>fertilización in vitro</i> u otro método de concepción? | | | |
| 5. ¿Tuvo problemas durante <u>este</u> embarazo? | | | |
| 6. ¿Le recetaron medicinas? ¿Por qué? | | | |
| 7. ¿Tuvo diabetes del embarazo (azúcar en orina)? | | | |

| | | |
|---|--|--|
| 8. ¿Tuvo problemas con la presión o toxemia? | | |
| 9. ¿Tuvo problemas por infecciones (incluyendo herpes)? | | |
| 10. ¿Fumó durante el embarazo? ¿Cuántos paquetes por día? | | |
| 11. ¿Bebió alcohol (cerveza, vino, etc.) durante el embarazo? | | |
| 12. ¿Usó drogas ilegales (marihuana, cocaína, etc.)? | | |
| 13. ¿Tuvo problemas durante el trabajo de parto o parto? | | |
| 14. ¿Le hicieron Cesárea? ¿Por qué? | | |
| 15. El bebé nació a las _____ semanas | | |

| Antecedentes de recién nacido | Sí | No | Comentarios |
|--|-----------|-----------|--------------------|
| 1. Peso al nacer _____ libras _____ onzas | | | |
| 2. ¿Hubo problemas al nacer o de recién nacido? | | | |
| 3. ¿Tuvo defectos de nacimiento o una lesión al nacer? | | | |
| 4. ¿Estuvo en Cuidado especial o intensivo en la Nursery? _____ días | | | |
| 5. ¿Tuvo ictericia (con la piel amarilla) y necesitó fototerapia? | | | |
| 6. ¿Muy inquieto o muy letárgico de recién nacido? | | | |
| 7. ¿El bebé se quedó en el hospital más días? _____ días | | | |

III. TEMPERAMENTO DE BEBÉ

Describe al niño de bebé o de pequeño: _____

| Más sobre el temperamento del bebé... | Sí | No | Comentarios |
|--|-----------|-----------|--------------------|
| 1. ¿Problemas para alimentarlo cuando bebé? | | | |
| 2. ¿Cólicos prolongados o severos o llanto excesivo? | | | |
| 3. ¿Temperamento difícil (irritable o exigente)? | | | |
| 4. ¿Movedizo en exceso o muy activo? | | | |
| 5. ¿Sobre-estimulado fácilmente? | | | |
| 6. ¿Pasivo, tímido o aislado? | | | |
| 7. ¿No le gustaba que lo alzaran o abrazaran? | | | |
| 8. ¿Dificultad para mantener una niñera? | | | |

IV. ANTECEDENTES MÉDICOS DEL NIÑO

| | Sí | No | Comentarios si contesta "Sí" |
|--|-----------|-----------|-------------------------------------|
| 1. ¿Problemas de visión? ¿Bizco? ¿Usa lentes? | | | |
| 2. ¿Problemas de audición? | | | |
| 3. ¿Problema de salud serio o crónico (por ejemplo, diabetes)? | | | |
| 4. ¿Defectos de nacimiento o marcas de nacimiento? | | | |
| 5. ¿Hospitalizaciones o alguna cirugía? | | | |
| 6. ¿Enfermedad o infecciones graves (como meningitis)? | | | |
| 7. ¿Lesión grave, quemadura, o fractura de huesos? | | | |

| | | |
|---|--|--|
| 8. ¿Lesión en la cabeza o pérdida del conocimiento? | | |
| 9. ¿Accidentes frecuentes o muchas lesiones menores? | | |
| 10. ¿Envenenamiento o expuesto a químicos tóxicos (plomo)? | | |
| 11. ¿Antecedente o sospecha de abuso físico o sexual? | | |
| 12. ¿Desmayos o mareos? | | |
| 13. ¿Ataques epilépticos o convulsions por fiebre? | | |
| 14. ¿Episodios de quedar con la mirada fija? | | |
| 15. ¿Tics nerviosos (pestañar mucho, entrecerrar los ojos, mover la cabeza)? | | |
| 16. ¿Tics vocales (gruñidos, ruidos para carraspear)? | | |
| 17. ¿Manierismo compulsivo (lavarse las manos, tocar, contar)? | | |
| 18. ¿Infecciones de oído? ¿Antibióticos o tubos en los oídos? | | |
| 19. ¿Problemas serios de nariz, boca o garganta? | | |
| 20. ¿Trastornos de la tiroides u otros problemas hormonales? | | |
| 21. ¿Problemas pulmonares o respiratorios (neumonía, asma)? | | |
| 22. Latidos cardiacos rápidos (palpitaciones) o dolor de pecho | | |
| 23. ¿Dolores y achaques frecuentes? | | |
| 24. ¿Problemas de vómitos, diarrea o estreñimiento? | | |
| 25. ¿Problemas del riñón, de la vejiga o de la orina? | | |
| 26. ¿Problemas de la sangre o anemia (deficiencia de hierro o bajo conteo sanguíneo)? | | |
| 27. ¿Dificultad para comer, con la dieta o el apetito? | | |
| 28. ¿Pequeño para su edad o muy bajo de peso? | | |
| 29. ¿Come demasiado o tiene sobrepeso? | | |
| 30. ¿Problema de dormir inquieto o ronca de noche? | | |
| 31. ¿Alergias a medicinas? Especifique. | | |
| 32. ¿Otro tipo de alergia? Especifique. | | |
| 33. ¿Toma algún suplemento vitamínico? Especifique. | | |
| 34. ¿Toma algún medicamento natural de hierbas u otros suplementos nutricionales? | | |
| 35. ¿Algún tratamiento no médico (dieta especial, quiropráctico, acupuntura, etc.)? | | |
| 36. ¿Reacción inusual a una vacuna? | | |
| 36. ¿Están las vacunas al día? | | |

V. DESARROLLO SOCIAL DEL NIÑO

1. Describa el temperamento o personalidad del niño. _____
2. ¿Cómo se lleva el niño con otros adultos de la familia? _____
3. ¿Cómo se lleva el niño con adultos que no son de la familia? _____
4. ¿Cómo se lleva el niño con sus hermanos? _____

5. ¿Cómo se lleva el niño con compañeros de juegos? _____

VI. ANTECEDENTES DEL DESARROLLO DEL NIÑO

| Áreas de desarrollo | Mi niño(a) está bien | Estoy un poco preocupada | Estoy algo preocupada | Estoy muy preocupada |
|---|----------------------|--------------------------|-----------------------|----------------------|
| 1. Desarrollo general | | | | |
| 2. Habilidades del habla y del lenguaje | | | | |
| 3. Habilidades motoras | | | | |
| 4. Alimentación / Comer | | | | |
| 5. Dormir | | | | |
| 6. Habilidades cognitivas / pensamiento | | | | |
| 7. Habilidades sociales | | | | |

¿Su niño parecía desarrollarse bien pero luego perdió habilidades del desarrollo? **NO** **SÍ**

Si su respuesta es SÍ, describa: _____

| Las preguntas siguientes son sobre la habilidad del niño para comunicarse. Conteste si o cuándo el niño pudo... | | Aún No | Sí | ¿A qué edad? |
|---|--|--------|----|--------------|
| 1. | ¿Entender y responder a su nombre, cuando lo llaman? | | | |
| 2. | ¿Entender órdenes sencillas? | | | |
| 3. | ¿Poner sonidos juntos (<i>uh oh, gaga, baba, dada, mama</i>)? | | | |
| 4. | ¿Hacer como si conversara (con inflexión de la voz que suena como una conversación)? | | | |
| 5. | ¿Decir la primera palabra (que luego continuó usando)? | | | |
| 6. | ¿Poner dos palabras juntas (<i>quiero pan, mami trabajo, papi carro</i>)? | | | |
| 7. | ¿Usar pronombres para referirse a sí u otros (<i>mío, mi</i>)? | | | |
| 8. | ¿Otras personas comprenden lo que él o ella dice? | | | |
| 9. | ¿Prestar atención a un cuento corto y contestar a preguntas sencillas sobre el cuento? | | | |
| 10. | ¿Hablar en oraciones bastante complejas? | | | |
| Las preguntas siguientes son sobre la habilidad motora del niño. Conteste si o cuándo el niño pudo... | | Aún no | Sí | ¿A qué edad? |
| 1. | ¿Sentarse sin ayuda o sin apoyo o sostén? | | | |
| 2. | ¿Gatear o andar? | | | |
| 3. | ¿Caminar solo? | | | |
| 4. | ¿Saltar al piso con los dos pies? | | | |
| 5. | ¿Tirar una pelota o balón? | | | |
| 6. | ¿Agarrar un balón o pelota de tamaño mediano? | | | |
| 7. | ¿Levantar objetos pequeños con el pulgar y un dedo? | | | |
| 8. | ¿Desenvolver objetos pequeños envueltos muy sueltos? | | | |
| 9. | ¿Enhebrar cuentas de media pulgada en un hilo o cordón? | | | |
| 10. | ¿Copiar letras? | | | |

| Las preguntas siguientes son sobre las habilidades de auto-ayuda del niño. Conteste si o cuando el niño pudo... | | Aún no | Sí | ¿A qué edad? |
|--|---|---------------|-----------|---------------------|
| 1. | ¿Comer solito usando la cuchara con el movimiento justo? | | | |
| 2. | ¿Comer solito usando el tenedor para agarrar comida? | | | |
| 3. | ¿Ayudar a vestirse o desvestirse solito? | | | |
| 4. | ¿Bajar la cremallera del zíper? | | | |
| 5. | ¿Desabrocharse los botones? | | | |
| 6. | ¿Aprender a ir al baño solito durante el día? | | | |
| 7. | ¿Aprender a ir al baño solito de noche? | | | |
| 8. | ¿Lavarse y secarse las manos solito? | | | |
| Las preguntas siguientes son sobre las habilidades pre-escolares del niño. Conteste si o cuando el niño pudo... | | Aún no | Sí | ¿A qué edad? |
| 1. | ¿Identificar sistemáticamente los colores básicos? | | | |
| 2. | ¿Identificar sistemáticamente formas? | | | |
| 3. | ¿Identificar sistemáticamente varias letras? | | | |
| 4. | ¿Contar 2-3 objetos correctamente? | | | |
| 5. | ¿Hablar del uso de objetos (por ejemplo, carro, tenedor)? | | | |

VII. ANTECEDENTES DE LA CONDUCTA DEL NIÑO

- ¿Cómo maneja usted la mala conducta? _____
- ¿Cómo responde el niño cuando le dicen “no” o lo corrigen por portarse mal? _____
- ¿Cómo responde el niño cuando se lo halaga, premia o por algo positivo? _____
- ¿Usted y su pareja están de acuerdo para manejar la mala conducta? Usualmente de acuerdo Algunas veces de acuerdo
 En frecuente desacuerdo

| Las preguntas siguientes son sobre las experiencias sensoriales del niño. | | Nunca | A veces | Con frecuencia | Muy frecuente | Notas de la clínica |
|--|---|--------------|----------------|-----------------------|----------------------|----------------------------|
| 1. | Audición y olfato inusualmente sensibles | | | | | |
| 2. | Molesto al sentir cosas (ropa, cuando lo abrazan) | | | | | |
| 3. | Demasiado sensible o poco sensible al dolor | | | | | |
| 4. | Con facilidad está sobre estimulado; se da cuerda o se desconecta | | | | | |
| 5. | Dieta inusual o limitada | | | | | |
| 6. | Se lastima a propósito | | | | | |
| 7. | Come cosas que no son comida (“pica”) | | | | | |
| 8. | No se da cuenta de situaciones peligrosas | | | | | |
| Las preguntas siguientes son sobre conductas o hábitos repetitivos. | | Nunca | A veces | Con frecuencia | Muy frecuente | Notas de la clínica |
| 1. | Hace eco de palabras o frases | | | | | |
| 2. | Es difícil lograr la atención del niño | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|--------------|----------------|-----------------------|----------------------|----------------------------|
| 3. | Prefiere estar solo; ignora otras personas | | | | | |
| 4. | Hace cosas solo para hacerle reír | | | | | |
| 5. | Maneja mal el cambio; insiste en la misma rutina | | | | | |
| 6. | Se masturba en exceso o en público | | | | | |
| 7. | Se chupa el dedo o se come las uñas en exceso | | | | | |
| 8. | Otros hábitos (ej: se arranca el pelo o las pestañas) | | | | | |
| Las preguntas siguientes son sobre la habilidad del niño para manejar la ansiedad. | | Nunca | A veces | Con frecuencia | Muy frecuente | Notas de la clínica |
| 1. | Es miedoso, ansioso o está preocupado | | | | | |
| 2. | No prueba nuevas cosas por miedo a equivocarse | | | | | |
| 3. | Está triste, no es feliz, o deprimido | | | | | |
| 4. | Le cuesta mucho alejarse de los padres | | | | | |
| 5. | Se niega a hablar, excepto con familiares | | | | | |
| 6. | Se resiste ir a la escuela | | | | | |

| Estas preguntas son sobre su habilidad para seguir reglas y rutinas. Conteste con qué frecuencia el niño: | | Nunca | A veces | Con frecuencia | Muy frecuente | Demasiado chico | Notas de la clínica |
|--|--|--------------|----------------|-----------------------|----------------------|------------------------|----------------------------|
| 1. | Tiene rabietas | | | | | | |
| 2. | Discute con adultos | | | | | | |
| 3. | Se rebela o se niega a hacer lo que le piden | | | | | | |
| 4. | Molesta deliberadamente a otros | | | | | | |
| 5. | Se enoja o se resiente | | | | | | |
| 6. | Trata de vengarse o tira la bronca a otros | | | | | | |
| 7. | Culpa a otros por portarse mal | | | | | | |
| 8. | Acosa, amenaza o intimida a otros | | | | | | |
| 9. | Miente o engaña en serio | | | | | | |
| 10. | Inicia peleas físicas | | | | | | |
| 11. | Es cruel con animales | | | | | | |

VIII. COMPOSICIÓN DE LA FAMILIA

El niño vive con: ___ Madre biológica ___ Padre biológico ___ Madrastra ___ Padrastro ___ Pareja
 ___ Madre adoptiva ___ Padre adoptivo ___ Madre de crianza ___ Padre de crianza ___ Tutor/Custodio
 ___ Otro adulto (ej: abuelo(a) o novio/a) Especifique: _____

Nombre de la madre biológica: _____

Edad: ____ **Ocupación:** _____ **Más alto grado de educación que completó:** _____

Nombre del padre biológico: _____

Edad: ____ **Ocupación:** _____ **Más alto grado de educación que completó:** _____

Nombre de la madre adoptiva o madrastra: _____ **Ocupación:** _____

Más alto grado de educación que completó: _____

Nombre del padre adoptivo o padrastro: _____ **Ocupación:** _____

Más alto grado de educación que completó _____

Otros adultos: _____

Estado civil de los padres: ___ Casados ___ Nunca se casaron ___ Separados / Divorciados ___ Viudos

¿Cómo se llevan los padres entre ellos?

Divorciados/separados, cuándo? _____

Se arregló contacto con padre sin custodia o custodia: _____

Arreglo cuidado del niño: _____

¿Alguna situación especial en la familia? _____

¿Qué cosas disfruta la familia hacer juntos? _____

| Hermanos u otros niños que viven <u>EN</u> la casa: | De los mismos padres, medio hermanos adop-, tados, etc. | Edad |
|---|---|------|
| | | |
| | | |
| | | |

| Hermanos del niño que <u>NO</u> viven en la casa: | De los mismos padres, medio hermanos, adoptados etc. | Edad |
|---|--|------|
| | | |
| | | |
| | | |

IX. VIDA EN EL HOGAR DEL NIÑO

| Experiencias estresantes de vida | | Sí | No | Notas de la clínica |
|----------------------------------|---|----|----|---------------------|
| 1. | ¿El niño tuvo una experiencia my triste (por ej., fue testigo de violencia, abuso físico, abuso sexual, accidente grave)? | | | |
| 2. | ¿Mudanzas? Cuántas mudanzas: _____ | | | |
| 3. | Fue sacado del hogar (con padres de crianza, centro residencial) | | | |
| 4. | ¿Problemas familiares que puedan estar molestando al niño? | | | |
| 5. | ¿Hubo divorcio, separación, otra boda? | | | |
| 6. | ¿Discusiones frecuentes y/o abuso físico en el hogar? | | | |
| 8. | ¿Enfermedad grave del padre/madre, cuidador o hermano(a)? | | | |
| 10. | ¿Problemas serios de dinero o vivienda? | | | |
| 11. | ¿Preocupación por la seguridad en el barrio? | | | |
| 12. | ¿Hay armas de fuego en la casa? | | | |

¿Usualmente, cuánto tiempo por día el niño mira TV? _____

¿Usualmente, cuánto tiempo por día pasa en la computadora o juegos de video? _____

X. ANTECEDENTES FAMILIARES Historia médica y psiquiátrica de la familia biológica

(si fue adoptado, dé información sobre los parientes biológicos que conozca y dé información sobre miembros de la familia adoptiva)

| Alguien en la familia <u>biológica</u> de este niño tiene: | Sí | No | Parentesco que esta persona tiene con el niño |
|--|----|----|---|
| Problemas de atención/ADHD | | | |
| Problemas de conducta de niño o adolescente | | | |
| Problemas del habla o del lenguaje | | | |
| Problemas en la escuela | | | |
| Problemas para leer o dislexia | | | |
| Convulsiones o problemas neurológicos | | | |
| Reacción inusual a medicinas | | | |
| Retraso mental | | | |
| Defecto de nacimiento o trastorno genético | | | |
| Tic nervioso / síndrome de Tourette | | | |
| Espectro autista o trastorno generalizado del desarrollo (PDD en inglés) | | | |
| Problemas de la tiroides | | | |
| Problemas cardíacos antes de los 50 años | | | |
| Abuso físico o sexual | | | |
| Depresión | | | |
| Bipolar / maníaco depresivo | | | |
| Problemas sociales / timidez | | | |
| Ansiedad o ataques de pánico | | | |
| Trastorno obsesivo-compulsivo | | | |
| Esquizofrenia | | | |
| Problemas de alcohol | | | |
| Problemas de drogas | | | |
| Problemas con la ley | | | |

Otros problemas presentes en la familia biológica: _____

Otros problemas presentes en la familia adoptiva, de crianza, o madrastra/padrastro: _____

Alguna circunstancia difícil en la niñez de la madre o del padre (por ej, abuso, padres alcohólicos)? _____

XI. ANTECEDENTES DE SERVICIOS AL NIÑO

Colocación, Programas y Servicios (ahora o en el pasado)

| | # días/ semana | # minutos/ sesión | Comentarios |
|--|-------------------|----------------------|-------------|
| Programa Intervención Temprana (0 a 3 años)? Nombre: _____ | | | |
| Especialista en desarrollo: | | | |
| Terapia del habla o del lenguaje | | | |
| ¿Terapia ocupacional? | | | |
| ¿Terapia física? | | | |
| ¿Grupo de juegos? | | | |
| ¿Terapia de la conducta (también conocida como ABA o Tiempo en el piso)? Proveedor: _____ | | | |
| Guardería (Day Care): Nombre: _____ | | | |
| Pre-school: Nombre: _____ Distrito escolar: _____ Maestra: _____ Teléfono: _____ # de maestras/asistentes: _____ # de alumnos: _____ ¿Tiene su niño su propio asistente, 1:1? _____ | | | |

¿Fue alguna vez suspendido de la guardería (day care) o de la escuela?

¿Recibió alguna vez otro tipo de educación especial o servicios terapéuticos? ____ Si contesta Sí, especifique: ____

¿Qué tan satisfecha está usted con la actual colocación escolar y servicios del niño?

Muy satisfecha

Algo satisfecha

Nada satisfecha

Comentarios: _____

XII. EVALUACIONES Y TRATAMIENTOS PREVIOS DEL NIÑO

Indique si su niño ha tenido evaluaciones previas y adjunte los reportes.

¿Ha tenido el niño otras evaluaciones? (incluyendo escuela, psicólogo, neurólogo u otro médico especialista)

| Año | Nombre del profesional | Tipo de prueba |
|-----|------------------------|----------------|
| | | |
| | | |
| | | |

¿PRUEBAS MÉDICAS incluyendo EEG (electroencefalograma), MRI, pruebas de cromosomas, etc.?

| Año | Tipo de prueba | Resultados |
|-----|----------------|------------|
| | | |
| | | |

Su niño, ¿ha recibido consejería particular?

| Terapeuta | Fecha que comenzó | Fecha que suspendió |
|-----------|-------------------|---------------------|
| | | |
| | | |

Su niño, ¿ha tomado medicinas para problemas emocionales, de atención o conducta? Sí No

| Medicación (por ej; Ritalina de liberación prolongada) | Dosis (por ej: 20 mg 3 por día) | Mes/Año comenzó | Mes/Año suspendió | Efectos o Efectos adversos |
|---|------------------------------------|-----------------|-------------------|----------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

XIII. OTRA INFORMACIÓN

Por favor, agregue cualquier información adicional que usted crea que puede ayudarnos a comprender a su niño.

Una vez completado, por favor devuelva a:

Division of Developmental and Behavioral Pediatrics
 Department of Pediatrics
 Attn: DBP Admin
 Suite S4-301 Room S4-301C46
 55 Lake Avenue North, Worcester, MA 01655
 Phone: 508-334-8728 Fax: 774-455-4229