

Institute for Child Development (ICD)

Parent Questionnaire (PQ) - Ages 0 - 4

Nos dedicamos a proporcionar evaluaciones exhaustivas para niños que enfrentan desafíos de desarrollo o de comportamiento. Su participación es crucial en este proceso.

Para programar una cita, por favor complete lo siguiente:

Responsabilidades de los padres/tutores (para niños menores de 3 años):

1. Completar el Cuestionario para padres, el POSI y el CSBS.
2. Firmar el formulario de Autorización para usar o divulgar información de salud protegida.
3. Enviarnos por correo electrónico copias de las Evaluaciones de intervención temprana / Planes de servicio familiar (si corresponde).

Responsabilidades de los padres/tutores (para niños de 3 a 4 años):

1. Completar el Cuestionario para padres.
2. Completar la Escala de calificación del TDAH.
3. Firmar el formulario de Autorización para usar o divulgar información de salud protegida.
4. Enviarnos por correo electrónico copias de las Evaluaciones del Equipo de Estudio Infantil y los IEP (Programa de Educación Individualizado) (si corresponde).
5. Enviarnos por correo electrónico copias de evaluaciones previas de desarrollo, psicológicas, psiquiátricas y/o neurológicas (si corresponde).

Responsabilidades del pediatra del niño:

1. Completar el Formulario de remisión adjunto.

Responsabilidades del maestro/terapeuta del niño:

1. Completar la Escala de calificación del TDAH.
2. Completar el Formulario de comentarios del maestro/terapeuta.

Por favor, envíe los documentos completados a nuestro equipo de admisión:

Correo electrónico: instituteforchilddev@hmn.org

Fax: 551-996-5034

Nuestro personal podrá solicitar información adicional a su discreción.

¿Cuáles son los siguientes pasos?

- Nuestro equipo de admisión se comunicará con usted dentro de 3 a 5 días hábiles para confirmar la recepción de sus documentos.
- Una vez que se reciban todos los documentos requeridos y se revise que estén completos, su hijo/a será incluido/a en nuestra lista de espera.
- Nos comunicaremos con usted una vez que haya una cita disponible.

Instituto del Desarrollo Infantil
Cuestionario para padres - Niños de 0 a 4 años

SEGURO: adjunte una copia del anverso y reverso de su(s) tarjeta(s) de seguro

Seguro primario _____	Seguro secundario _____
ID de la póliza/N.º de socio _____	ID de la póliza/N.º de socio _____
Número de grupo _____	Número de grupo _____
Nombre del suscriptor _____	Nombre del suscriptor _____
Fecha de nacimiento del suscriptor _____	Fecha de nacimiento del suscriptor _____

Fecha: _____

Nombre de la persona que llena el formulario: _____

Relación con el niño: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del niño: _

Fecha de nacimiento:

Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer

Grupo étnico: ☐ Blanco ☐ Negro ☐ Asiático ☐ Hispano/Latino ☐ Nativo americano ☐ Otro:

Dirección del niño: _____

Ciudad:

Estado:

Condado: _____

País:

Código postal:

Idioma(s) principal(es) que se habla(n) en el hogar: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____

Nombre de la madre biológica:

Fecha de nacimiento:

Grupo étnico: ☐ Blanco ☐ Negro ☐ Asiático ☐ Hispano/latino ☐ Nativo americano ☐ Otro:

Teléfono:

Tutor legal: ☐ Sí ☐ No

Correo electrónico:

Ocupación:

¿La dirección es la misma que la del niño? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es NO, ¿cuál es la dirección?

Nombre del padre biológico:

Tutor legal: ☐ Sí ☐ No

Fecha de nacimiento:

Grupo étnico: ☐ Blanco ☐ Negro ☐ Asiático ☐ Hispano/latino ☐ Nativo americano ☐ Otro:

Teléfono:

Correo electrónico:

Ocupación:

¿La dirección es la misma que la del niño? ☐ Sí ☐ No

¿Si la respuesta es NO cuál es la dirección?

Instituto del Desarrollo Infantil

Cuestionario para padres - Niños de 0 a 4 años

Nombre de la madre adoptiva/madre de acogida: Fecha de nacimiento: Tutor legal: ☐ Sí ☐ No

Grupo étnico: ☐ Blanco ☐ Negro ☐ Asiático ☐ Hispano/latino ☐ Nativo americano ☐ Otro

Teléfono:

Correo electrónico:

Ocupación:

¿La dirección es la misma que la del niño? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es NO, ¿cuál es la dirección?

Nombre del padre adoptivo/padre de acogida:

Fecha de nacimiento:

Tutor legal: ☐ Sí ☐ No

Grupo étnico: ☐ Blanco ☐ Negro ☐ Asiático ☐ Hispano/latino ☐ Nativo americano ☐ Otro

Teléfono:

Correo electrónico:

Ocupación:

¿La dirección es la misma que la del niño? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es NO, ¿cuál es la dirección?

Si usted es el tutor legal del paciente, por favor envíe una copia de los documentos de tutela pertinentes. En casos de separación o divorcio, también se deben proporcionar los documentos judiciales que detallan los acuerdos de custodia y la autoridad para la toma de decisiones médicas.

Nombre del proveedor de atención primaria:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

País:

Condado:

Teléfono:

Fax:

Correo electrónico:

PREOCUPACIONES ACTUALES

Describa sus principales preocupaciones en torno al desarrollo o comportamiento de su hijo (p. ej., desarrollo del lenguaje, aprendizaje, habilidades sociales, comportamiento, etc.).

¿En qué momento empezó a tener estas preocupaciones? _____

¿Cuáles son las cualidades especiales y fortalezas de su hijo?

¿Su hijo tiene algún diagnóstico previo? ☐ Sí ☐ No Explique, y si su respuesta es Sí, envíenos una copia de las evaluaciones previas por correo electrónico:

Instituto del Desarrollo Infantil
Cuestionario para padres - Niños de 0 a 4 años

¿Tiene alguna otra preocupación en torno a su hijo? Marque todas las que correspondan:

- ☐ Desarrollo general
- ☐ Preocupaciones relacionadas con el Trastorno del espectro autista (TEA)
- ☐ Habilidades del habla y el lenguaje:
 - ☐ No dice palabras
 - ☐ Palabras sueltas
 - ☐ Frases, como: “Adiós, mami jugo”.
 - ☐ Oraciones, como: “Quiero una galleta”.
 - ☐ Conversación (toma de 2-3 turnos al hablar con otros)
- ☐ Habilidades sociales
- ☐ Habilidades de motricidad y coordinación
 - ☐ Uso de utensilios
 - ☐ Dibujo
 - ☐ Caminar, escalar, saltar
 - ☐ Caídas/torpeza
 - ☐ Caminar de puntillas
- ☐ Habilidades de la vida diaria
 - ☐ Alimentación
 - ☐ Sueño
 - ☐ Cuidado personal/Entrenamiento para usar el baño
- ☐ Habilidades de aprendizaje / Desarrollo cognitivo
 - ☐ Aprendizaje temprano (p. ej., aprender colores, formas, números, letras, etc.)
 - ☐ Participación en actividades grupales como guarderías o programas preescolares
- ☐ Sensibilidades / Intereses sensoriales
 - ☐ Sonidos: se tapa los oídos/se pone los dedos en los oídos/dificultades con ruidos fuertes como la aspiradora o la licuadora; disfruta haciendo o escuchando ciertos sonidos
 - ☐ Luces/movimientos: le atraen las cosas que se mueven o giran, el reflejo, los espejos
 - ☐ Texturas: sensibilidad a la ropa, la comida, el agua, llevarse cosas no comestibles a la boca
 - ☐ Intereses sensoriales: abrir y cerrar puertas; interés en tocar objetos; oler artículos.

Instituto del Desarrollo Infantil
Cuestionario para padres - Niños de 0 a 4 años

- ☐ Conducta
- ☐ Hiperactividad
 - ☐ Falta de atención
 - ☐ Berrinches
 - ☐ Agresión/resistencia
 - ☐ Autolesión

¿Puede contarnos más sobre alguna de las preocupaciones mencionadas?

¿Cuál es su objetivo para esta evaluación?

- ☐ Diagnóstico
- ☐ Tratamiento médico
- ☐ Recomendaciones
- ☐ Preocupaciones de la familia, el pediatra u otro proveedor clínico (por ejemplo, un terapeuta o un maestro) sobre el trastorno del espectro autista
- ☐ Otro:

ANTECEDENTES DEL DESARROLLO

- ¿Su hijo le trae cosas para enseñárselas? ☐ Sí ☐ No ☐ A veces
- ¿A su hijo le interesa jugar con otros niños? ☐ Sí ☐ No ☐ A veces
- Cuando usted dice una palabra o mueve la mano, ¿su hijo intenta imitarlo? ☐ Sí ☐ No ☐ A veces
- ¿Su hijo lo mira cuando lo llama por su nombre? ☐ Sí ☐ No ☐ A veces
- ¿Su hijo mira si usted señala algo al otro lado de la habitación? ☐ Sí ☐ No ☐ A veces
- Cuando su hijo juega con juguetes, ¿lo mira para ver si lo está observando?
- ☐ Sí ☐ No ☐ A veces
- ☐ ¿Su hijo muestra interés en jugar con diversos objetos? ☐ Sí ☐ No ☐ A veces
- ¿De qué forma su hijo le muestra algo que
- ☐ quiere? Dice una palabra para lo que quiere.
 - ☐ Señala con un dedo
 - ☐ Intenta alcanzarlo
 - ☐ Lo jala o pone su mano encima
 - ☐ Gruñe/llora/grita

Instituto del Desarrollo Infantil
Cuestionario para padres - Niños de 0 a 4 años

¿Cuáles son las actividades de juego favoritas de su hijo?

- ☐ Jugar con muñecas/peluches (p. ej., alimentarlos, ponerlos a
- ☐ dormir) Leer libros con usted
- ☐ Trepas/correr/estar activo
- ☐ Poner juguetes/otros objetos en línea
- ☐ Ver cosas que giran, como ventiladores/ruedas
- ☐ Otro:

INTERVENCIONES Y ANTECEDENTES EDUCATIVOS

(Early Intervention)

¿Su hijo ha recibido alguna vez servicios de intervención temprana? ☐ Sí ☐ No *En caso afirmativo, describa el tipo de servicios y la fecha de intervención aproximada:*

¿Su hijo recibe servicios adicionales? ☐ Sí ☐ No *En caso afirmativo, seleccione qué servicios su hijo recibe fuera de la escuela o Intervención temprana.* (Additional Services)

- ☐ Terapia del habla (Speech Therapy)
- ☐ Terapia ocupacional (Occupational Therapy)
- ☐ Fisioterapia (Physical Therapy)
- ☐ Terapia de juego (Play Therapy)
- ☐ Terapia de análisis conductual aplicado (ABA)
- ☐ Otro:

Si su hijo está en preescolar, responda a lo siguiente. Si no, pase a la siguiente sección:

Nombre del distrito escolar:

Nombre de la escuela:

¿Su hijo repitió un grado alguna vez? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo fue evaluado alguna vez por el equipo de estudio del niño? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo tiene un plan de educación individualizado (IEP, por sus siglas en inglés)? ☐ Sí ☐ No

Instituto del Desarrollo Infantil
Cuestionario para padres - Niños de 0 a 4 años

¿Su hijo recibe actualmente los siguientes servicios en la escuela?

- ☐ Servicios de educación especial ([Special Education](#))
- ☐ Terapia del habla ([Speech Therapy](#))
- ☐ Terapia ocupacional ([Occupational Therapy](#))
- ☐ Fisioterapia ([Physical Therapy](#))
- ☐ Terapia con consejero ([Counseling](#))
- ☐ Ayuda académica ([Academic Support](#))
- ☐ Terapia de análisis conductual aplicado ([ABA](#))

INFORMACIÓN MÉDICA DEL NIÑO

Nombre del establecimiento donde nació:

El niño nació por: ☐ Parto vaginal ☐ Cesárea

Nacimiento: ☐ A término ☐ Prematuro: _____ semanas

Peso al nacer: ____ libras ____ onzas

¿Tuvo alguna enfermedad o complicaciones durante el embarazo? ☐ Sí ☐ No

Explique:

¿Tomó algún medicamento durante el embarazo? ☐ Sí ☐ No

Explique:

¿La madre fumó, consumió alcohol o drogas durante el embarazo? ☐ Sí ☐ No

Explique:

¿Los padres biológicos son primos o tienen algún tipo de parentesco? ☐ Sí ☐ No

Explique:

¿Hubo algún problema durante el período posterior al nacimiento? ☐ Sí ☐ No

Explique:

¿Su hijo nació con algún defecto congénito? ☐ Sí ☐ No

Explique:

ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Su hijo tiene algún diagnóstico médico crónico (p. ej. diabetes, asma, etc.)? ☐ Sí ☐ No

Explique:

¿Su hijo toma algún medicamento recetado? ☐ Sí ☐ No

Explique:

¿Su hijo ha sido hospitalizado? ☐ Sí ☐ No

Explique:

¿Su hijo se ha sometido a alguna cirugía/procedimiento? ☐ Sí ☐ No

Explique:

¿Su hijo tiene alguna alergia (alimentos, medicamentos, medioambiente)? ☐ Sí ☐ No

Explique:

Instituto del Desarrollo Infantil

Cuestionario para padres - Niños de 0 a 4 años

¿Su hijo visita a otros especialistas médicos? ☐ Sí ☐ No

Explique:

¿Tiene alguna de las siguientes preocupaciones médicas en relación con su hijo? Marque todas las opciones que correspondan:

- ☐ Problemas de visión
- ☐ Problemas de audición
- ☐ Infecciones de oído frecuentes
- ☐ Problemas de peso/crecimiento
- ☐ Estreñimiento/diarrea
- ☐ Dolores de cabeza/estómago
- ☐ Problemas para dormir
- ☐ Ronquidos
- ☐ Asma
- ☐ Problemas cardíacos/soplo cardíaco
- ☐ Ataques/convulsiones
- ☐ Intoxicación por plomo
- ☐ Marcas de nacimiento
- ☐ Otros, por favor describir:

ANTECEDENTES SOCIALES Y FAMILIARES

¿Con quién vive el niño? Incluya los nombres y fechas de nacimiento de cada uno:

- ☐ Padre/madre/tutor: _____
- ☐ Hermanos:
- ☐ Otro:

¿Tiene algún hermano o familiar cercano diagnosticado con Trastorno del Espectro Autista (TEA)?

☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", Explique:

Describa cualquier problema médico, de desarrollo o de conducta en la familia (incluido trastorno del espectro autista (TDAH), problemas de conducta, retrasos en el desarrollo, problemas de aprendizaje, convulsiones/epilepsia, problemas auditivos o de visión, ansiedad, depresión, etc.):

Madre: ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", explique:

Padre: ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", explique:

Hermanos: ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", explique:

Abuelos: ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", explique:

Instituto del Desarrollo Infantil
Cuestionario para padres - Niños de 0 a 4 años

Primos: ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", explique:

Tíos/Tías: ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", explique:

¿Existe algún factor estresante o trauma que pueda haber afectado a su hijo o a su familia? (p. ej., separación, divorcio, enfermedad)

☐ Sí ☐ No Si la respuesta es "Sí", explique:

Indique si hay algo más que pueda ayudarnos a comprender mejor a su hijo:

En caso de que se libere un horario para la visita debido a cancelaciones de último momento, si se recibieron los formularios específicos para la edad, IEP o evaluaciones de estudio del niño, ¿desea que nos pongamos en contacto con usted? ☐ Sí ☐ No



Llene el POSI en la página siguiente si su hijo o hija tiene entre 18 meses y 34 meses y 31 días.



Observaciones de los Padres Acerca de las Interacciones Sociales:

18 meses, 0 días a 34 meses, 31 días
18 months, 0 days to 34 months, 31 days
V1.07, 4/1/17

Nombre del Niño/a:
(Child's name)

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año):
(Date of birth)

Fecha de Hoy:
(Today's Date)

Observaciones de los Padres Acerca de las Interacciones Sociales					
¿Su niño/a le trae cosas para mostrárselas a usted?	Muchas veces al día ☐	Algunas veces al día ☐	Algunas veces a la semana ☐	Menos de una vez a la semana ☐	Nunca ☐
¿Su niño/a tiene interés en jugar con otros niños/as?	Siempre ☐	Usualmente ☐	Algunas Veces ☐	Rara Vez ☐	Nunca ☐
¿Cuándo usted dice una palabra o saluda con la mano, su niño/a trata de imitarlo?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Su niño/a lo mira cuando lo llama por su nombre?	☐	☐	☐	☐	☐
¿Si usted apunta o señala algo al otro lado del cuarto, su niño/a lo mira?	☐	☐	☐	☐	☐
En general, ¿cómo le demuestra su niño/a que quiere algo?	Dice una palabra para describir lo que quiere ☐	Apunta con un dedo ☐	Trata de alcanzarlo ☐	Me hala o pone mi mano sobre el objeto ☐	Gruñe, llora, o grita ☐
(Por favor marque todo lo que corresponda)					
¿Cuáles son los juegos favoritos de su niño/a?	Jugar con muñecas o peluches ☐	Leer libros con usted ☐	Tregar, correr y estar activo ☐	Acomodar juguetes u otras cosas en línea ☐	Ver cosas que giran y dan vueltas, por ejemplo ventiladores o ruedas ☐
(Por favor marque todo lo que corresponda)					



Llene el CSBS en la página siguiente si su hijo o hija tiene entre 6 y 24 meses.



CSBS DP Cuestionario del bebé y niño pequeño

Nombre del niño o niña: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha en que se llenó el formulario: _____

¿Fue prematuro el parto? _____ ¿Por cuántas semanas? _____

Llenado por: _____ Relación con el niño o niña: _____

Instrucciones para la persona que cuida al niño o niña: Esta lista fue diseñada para identificar distintos aspectos del desarrollo del bebé y el niño pequeño. Antes de aprender a hablar, hay varios comportamientos que pueden indicar si el niño o niña tendrá problemas para aprender a hablar. Este formulario debe ser llenado cuando el niño o niña tiene entre 6 y 24 meses de edad, por los padres o la persona que cuida al niño, para determinar si es necesario hacer una evaluación más completa. La persona que llena el formulario debe ser alguien que esté en contacto diario con el niño o niña, ya sean sus padres u otra persona. Marque la opción que describa mejor el comportamiento de su niño o niña. Si tiene dudas, marque la opción más adecuada según su experiencia con el niño o niña. Los niños y niñas de estas edades no necesariamente presentan todos los comportamientos que se describen aquí.

Emociones y mirada

- | | | | |
|--|-------------------------------------|----------------------------------|---|
| 1. ¿Puede usted distinguir cuando su niño o niña está contento y cuando está triste? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente |
| 2. Cuando juega con juguetes, ¿se vuelve a mirarle para ver si lo está observando? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente |
| 3. ¿Sonríe o ríe mientras la mira? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente |
| 4. Si usted mira y señala un juguete al otro lado del cuarto, ¿su niño o niña se vuelve a verlo? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente |

Comunicación

- | | | | |
|--|-------------------------------------|----------------------------------|---|
| 5. ¿Su niño o niña puede indicarle cuando necesita ayuda o cuando quiere algo que no puede alcanzar? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente |
| 6. Si usted no le presta atención, ¿su niño o niña trata de llamar su atención? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente |
| 7. ¿Hace su niño o niña cosas sólo para hacerle reír? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente |
| 8. ¿Trata su niño o niña de mostrarle objetos interesantes para que usted los vea, sin que quiera que haga algo con ellos? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente |

Gestos

- | | | | |
|--|-------------------------------------|----------------------------------|---|
| 9. ¿Su niño o niña recoge objetos y se los da a usted? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente |
| 10. ¿Le muestra su niño o niña objetos sin dárselos? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente |
| 11. ¿Su niño o niña saluda moviendo la mano? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente |
| 12. ¿Su niño o niña señala los objetos? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente |
| 13. ¿Su niño o niña mueve la cabeza para decir que sí? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente |

Sonidos

- | | | | | | |
|---|-------------------------------------|----------------------------------|---|--------------------------------|-----------------------------------|
| 14. ¿Su niño o niña usa sonidos o palabras para llamar la atención o pedir ayuda? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente | | |
| 15. ¿Su niño o niña une varios sonidos, como por ejemplo, ah-oh, mamá, gaga, nana, papá? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente | | |
| 16. ¿Aproximadamente cuántos de los siguientes sonidos consonantes usa su niño o niña: ma, na, ba, da, ga, pua, la, ya, sa? | ☐ Ninguno | ☐ 1 a 2 | ☐ 3 a 4 | ☐ 5 a 8 | ☐ más de 8 |

Palabras

- | | | | | | |
|--|-------------------------------------|----------------------------------|---|----------------------------------|------------------------------------|
| 17. ¿Cuántas palabras que usted pueda reconocer usa su niño o niña para indicar algo (como tete por biberón, buabua por agua)? | ☐ Ninguno | ☐ 1 a 3 | ☐ 4 a 10 | ☐ 11 a 30 | ☐ más de 30 |
| 18. ¿Su niño o niña une dos palabras (por ejemplo más agua, este mío)? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente | | |

Comprensión

- | | | | | | |
|--|-------------------------------------|----------------------------------|---|----------------------------------|------------------------------------|
| 19. Cuando llama a su niño o niña por su nombre, ¿responde volviendo la mirada o la cabeza hacia usted? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente | | |
| 20. ¿Aproximadamente cuántas palabras o frases entiende su niño o niña sin ayuda de gestos? Por ejemplo, si usted dice "¿dónde está tu nariz?", "¿dónde está papá?", "dame la pelota" o "ven aquí", sin señalar con la mano o apuntar, su niño o niña responderá de forma apropiada. | ☐ Ninguno | ☐ 1 a 3 | ☐ 4 a 10 | ☐ 11 a 30 | ☐ más de 30 |

Uso de objetos

- | | | | | | |
|--|-------------------------------------|------------------------------------|---|----------------------------------|-----------------------------------|
| 21. ¿Su niño o niña muestra interés en jugar con una variedad de objetos? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente | | |
| 22. ¿Aproximadamente cuántos de los objetos siguientes usa su niño o niña correctamente: taza, biberón, tazón, cuchara, peine o cepillo, cepillo de dientes, esponja de baño, pelota, carrito de juguete, teléfono de juguete? | ☐ Ninguno | ☐ 1 a 2 | ☐ 3 a 4 | ☐ 5 a 8 | ☐ más de 8 |
| 23. ¿Aproximadamente cuántos bloques o aros puede poner su niño o niña uno encima de otro? | ☐ Ninguno | ☐ 2 bloques | ☐ 3 a 4 bloques | ☐ 5 o más | |
| 24. ¿Juega con sus juguetes a juegos como: darle de comer a un osito de peluche, arrullar a una muñeca, o poner un muñeco en un carrito? | ☐ Todavía no | ☐ A veces | ☐ Frecuentemente | | |

¿Le preocupa algún aspecto del desarrollo de su niño o niña? ☐ sí ☐ no Si la respuesta es sí, explique al dorso.



Llene la Escala de Calificación para el TDAH en la página siguiente si su hijo o hija tiene entre 3 y 5 años.

Escala de valoración del TDAH IV- Versión preescolar

Nombre del niño: _____ Sexo: ____ M F Edad: _____

Completado por: _____ Relación: _____

Marque con un círculo el número que <u>mejor describa</u> el comportamiento del niño en los últimos 6 meses.		Rara vez o nunca	A veces	A menudo	Muy a menudo
1.	No presta atención a los detalles (p. ej., se precipita en las actividades, comete errores por descuido).	0	1	2	3
2.	Juguetea con las manos o los pies o se retuerce en el asiento (da golpecitos con las manos o los pies).	0	1	2	3
3.	Tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas.	0	1	2	3
4.	Abandona el asiento en clase, durante las comidas o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.	0	1	2	3
5.	No parece escuchar cuando se le habla directamente (le ignora).	0	1	2	3
6.	Corre o trepa excesivamente en situaciones en las que es inapropiado.	0	1	2	3
7.	No sigue las instrucciones o no termina las tareas (p. ej., "sube las escaleras, coge los zapatos y los calcetines"; tiene dificultades con las transiciones).	0	1	2	3
8.	Tiene dificultades para jugar en silencio (solo o en grupo).	0	1	2	3
9.	Tiene dificultades para organizar tareas y actividades (p. ej., elegir una actividad, conseguir materiales, hacer los pasos en orden).	0	1	2	3
10.	Está "en marcha" o actúa como si estuviera "impulsado por un motor".	0	1	2	3
11.	Evita las tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., rompecabezas, aprender el abecedario, escribir el nombre).	0	1	2	3
12.	Habla en exceso.	0	1	2	3
13.	Pierde cosas necesarias para realizar tareas o actividades (p. ej., manoplas, zapatos, mochila).	0	1	2	3
14.	Suelta de golpe las respuestas antes de que se hayan completado las preguntas.	0	1	2	3
15.	Se distrae con facilidad.	0	1	2	3
16.	Tiene dificultades para esperar su turno.	0	1	2	3
17.	Es olvidadizo en las actividades cotidianas (es decir, olvida papeles, olvida indicaciones).	0	1	2	3
18.	Interrumpe o se entromete con los demás.	0	1	2	3

“AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA” INSTRUCCIONES

Para garantizar el manejo seguro y preciso de la información de salud protegida de su hijo/a, por favor siga estas instrucciones.

Cómo completar el formulario:

- **Destinatario de la información:** En la sección titulada "Autorizo a Hackensack Meridian Health a divulgar información a", especifique quién recibirá los registros médicos.
 - Si no tiene previsto enviar los registros a un tercero (como una escuela, una compañía de seguros o un bufete de abogados), indique en esta sección el nombre completo y la información de contacto del padre, madre o tutor legal.
- **Secciones resaltadas:** Complete todas las áreas resaltadas marcando las casillas correspondientes:
 - **Lugar de prestación de servicios:** Seleccione "Hackensack University Medical Center".
 - **Información que se divulgará:** Para obtener una copia completa de los registros de su hijo, seleccione "Other" (Otro) y escriba "All Medical Records" (Todos los registros médicos).
 - **Propósito de la divulgación:**
 - ¿Solo para el cuidador? Seleccione "Personal Use" (Uso personal).
 - ¿Se enviarán los registros a otro lugar? Seleccione "Other" (Otro).
 - **Formato solicitado:** Seleccione todas las opciones que correspondan
- **Consideración sobre la edad del paciente:** Las secciones "Release Requiring Specific Consent" (Divulgación que requiere consentimiento específico) y "Consent of Minor" (Consentimiento del menor) solo deben completarse si el paciente tiene 13 años o más.
- **Firma:** El padre, la madre o el tutor legal debe firmar y fechar la segunda página del formulario.



Hackensack
Meridian Health



R1000

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

**AUTORIZACIÓN PARA USAR O
DIVULGAR INFORMACIÓN
MÉDICA PROTEGIDA**

CMR-003S (12-17-22) PÁGINA 1 DE 2

Nombre del paciente	Fecha de nacimiento	N° de Registro Médico	Número de contacto
---------------------	---------------------	-----------------------	--------------------

Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)

Autorizo a Hackensack Meridian Health a divulgar información a:

Organización/Receptor:	Attn:
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)	
Número de teléfono:	Número de fax:

Lugar donde se prestan los servicios:

☐ Jersey Shore University Medical Center	☐ Hackensack University Medical Center	☐ Carrier Clinic	☐ Bayshore Medical Center
☐ JFK University Medical Center	☐ Southern Ocean Medical Center	☐ Raritan Bay Medical Center	☐ Palisades Medical Center
☐ Riverview Medical Center	☐ Ocean University Medical Center	☐ Old Bridge Medical Center	☐ Carrier Clinic
☐ Otro (especificar):			

Información que debe divulgarse:

Registros solicitados (intervalo de fechas): de		a:	
☐ Notas clínicas	☐ Informes de servicios terapéuticos	☐ Notas sobre operaciones/procedimientos	☐ Informes de análisis de laboratorio y de patología
☐ Resúmenes del alta	☐ Registro del Departamento de Emergencia	☐ Imágenes radiológicas	☐ Radiología ☐ Informes
☐ Registros de alcohol/drogas	☐ Resúmenes	☐ Otro (especificar):	

Propósito de divulgación:

☐ Cuidados permanentes	☐ Uso individual	☐ Cambio a otro proveedor	☐ Legal	☐ Otro (especificar):
---	---	--	--------------------------------	--

Divulgación que requiere consentimiento específico:

Autorizo específicamente a HMH a divulgar la información de salud marcada a continuación:				
☐ Atención de salud reproductiva	☐ Enfermedades de transmisión sexual	☐ VIH/SIDA	☐ Salud mental	☐ Abuso de alcohol/drogas*

CONSENTIMIENTO DEL MENOR [NO COMPLETE ESTO SI SU HIJO NO TIENE 13 AÑOS O MÁS]

Se requiere la firma del paciente menor de edad para divulgar la siguiente información: 1) condiciones relacionadas con la atención de salud reproductiva, incluidos, entre otros, el control de la natalidad y los servicios relacionados con el embarazo y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, (a partir de los 13 años), 2) diagnóstico o tratamiento del abuso de drogas y alcohol, (a partir de los 13 años), y 3) afecciones de salud mental, psicoterapia (a partir de los 13 años).

Al firmar este formulario, certifico que soy la persona responsable del paciente para cuya divulgación se solicita la información médica protegida indicada arriba:

Firma del Paciente/Menor

Nombre, en letra de imprenta

Fecha de la firma

Formato requerido:

☐ Papel	☐ Copia electrónica (USB cifrado, CD)	☐ Número de fax:	☐ Correo electrónico seguro:
--------------------------------	--	---	---

La función EHI Export permite exportar sus registros médicos en un formato que se puede leer electrónicamente, de manera que se pueden cargar en otro Registro Médico Electrónico (EHR, por sus siglas en inglés). Añada sus iniciales aquí _____, si desea solicitar una copia de sus registros médicos en un formato que se pueda leer de manera electrónica.



**AUTORIZACIÓN PARA USAR O
DIVULGAR INFORMACIÓN
MÉDICA PROTEGIDA**

Comprendo que:

- Autorizar la divulgación de esta información de salud es un acto voluntario. No necesito firmar este documento para asegurarme de recibir el tratamiento o el pago del servicio.
- Puedo cancelar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito al Departamento de Administración de Información Médica de HMM. Entiendo que una vez que la información se ha divulgado de acuerdo con los términos de esta autorización, la información no se puede recuperar.
- Cualquier divulgación de información conlleva la posibilidad de otras divulgaciones o distribuciones por parte del destinatario que pueden no estar protegidas por las leyes de confidencialidad.

Esta autorización expirará un año después de la fecha firmada a continuación, a menos que se indique aquí otra fecha o acontecimiento.

Al firmar este formulario, certifico que soy el responsable legal o la persona responsable del paciente para cuya divulgación se solicita la información médica protegida indicada.

Firma del paciente o representante legal

Fecha de la firma

Nombre en letra imprenta

Relación con el paciente

Información adicional

TARIFA POR LA COPIA DE LA HISTORIA CLÍNICA: Es posible que se aplique una tarifa por la copia de la historia clínica. Solicite información sobre las tarifas al personal de Administración de Información Médica.

PROHIBICIÓN DE DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA: *Los registros de abuso y tratamiento de drogas y alcohol están protegidos por las normas federales de confidencialidad (Título 42 del Código de Regulaciones Federales [CFR], Parte 2). Las normas federales le prohíben que el receptor esta información realizar otras divulgaciones de esta la misma, salvo que el consentimiento por escrito de la persona a la que pertenece se lo permita expresamente, o salvo que el Título 42 del CFR, Parte 2, lo permita de otro modo. Las normas federales restringen todo uso de la información para investigar o procesar penalmente a cualquier paciente con abuso del alcohol o las drogas.

SI TIENE PREGUNTAS, COMUNÍQUESE CON LA ADMINISTRACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA DEL CAMPUS CORRESPONDIENTE

Departamento de Información Médica del Hackensack Meridian Health en el campus del hospital			
Campus	Dirección	Número de teléfono	Número de fax:
Bayshore Medical Center	727 North Beers St. Holmdel, NJ 07730	732-739-5933 o 732-739-5985	732-888-7332
Carrier Clinic	252 Co Rd 601 Belle Mead, NJ 08502	908-281-1479	908-281-1671
Hackensack University Medical Center	30 Prospect Ave. Hackensack, NJ 07601	551-996-2074	551-996-2347
Jersey Shore University Medical Center	1945 HWY 33 Neptune, NJ 07753	732-776-4771	732-776-4692
Centro médico universitario JFK University Medical Center	65 James Street Edison, NJ 08820	732-321-7000 ext.62631 o 732-321-7177	732-549-8569
Centro médico universitario Ocean University Medical Center	425 Jack Martin Blvd. Brick, NJ 08724	732-840-3331	732-836-4269 o 732-840-9616
Palisades Medical Center	7600 River Road North Bergen, NJ 07047	201-854-5081 o 201-854-5083	201-854-8360 o 201-854-8546
Raritan Bay Medical Center	530 New Brunswick Ave. Perth Amboy, NJ 08861	732 324 5391	732-324-4883
Centro médico Old Bridge Medical Center	3 Hospital Plaza Old Bridge, NJ 08857	732 360-4237	732-360-4134
Centro médico Riverview Medical Center	1 Riverview Plaza Red Bank, NJ 07701	732-530-2510	732-224-7210
Centro médico Southern Ocean Medical Center	1140 Route 72 West Manahawkin, NJ 08050	609-978 3820	609-978-8965

HACKENSACK MERIDIAN *HEALTH*
Dax Copilot
Formulario de consentimiento de grabación de audio

En la actualidad, los profesionales sanitarios dedican una gran cantidad de tiempo a documentar los cuidados en el ordenador, lo que les resta tiempo para centrarse en los pacientes. Para apoyar nuestra misión de proporcionar una atención de alta calidad, Hackensack Meridian *Health* está probando el uso de una nueva tecnología que utiliza inteligencia artificial y flujos de trabajo asociados para generar documentación basada en el audio grabado de las visitas de los pacientes. Se espera que esta tecnología reduzca significativamente la cantidad de tiempo que su médico dedica a la documentación y le permita disponer de más tiempo para atenderle a usted y a otros pacientes. Hackensack Meridian *Health* utiliza Dragon Ambient eXperience ("DAX Copilot"), de Nuance, que es una herramienta de terceros para procesar el audio grabado. Toda la documentación será revisada, corregida y aprobada por su médico para garantizar la exactitud e integridad de su historial médico.

Por favor, firme a continuación para indicar su consentimiento a que el audio de su visita sea grabado y procesado con el fin de documentar su atención. La grabación y la documentación asociada también podrán utilizarse para la mejora del DAX Copilot, tal y como se describe con más detalle en la autorización de la HIPAA, que se le está proporcionando simultáneamente. Su consentimiento es voluntario. Sin embargo, debe firmar tanto la autorización HIPAA como este consentimiento antes de que Hackensack Meridian *Health* pueda emplear el DAX Copilot en su(s) visita(s).

Este consentimiento es voluntario y su cuidado no estará condicionada a la firma del mismo.

Por la presente doy mi consentimiento para la grabación de mi visita de hoy, así como de cualquier visita futura. Entiendo que puedo revocar el consentimiento para la grabación de futuras visitas en cualquier momento poniéndome en contacto con Cynthia Coronel-Becker, directora de Privacidad en privacy@HMHN.org.

Firma del paciente o representante personal

Fecha

Si la firma no es del paciente: IMPRESO Nombre del representante

Número de teléfono

Si la firma no es del paciente: Indique la relación con el paciente



The Institute for Child Development
Developmental Pediatrics
Phone: 551-996-5555
Fax: 551-996-5034

REQUEST FOR PEDIATRIC SPECIALIST CONSULTATION

For patients scheduled for a Developmental Pediatric Evaluation, this form must be completed by the patient's pediatrician or referring physician. Please return the completed form by fax to (551) 996-5034 or email to instituteforchilddev@hmn.org.

Note: This form is *in addition to* any referral required by your insurance company.

Patient Name: _____ Patient Date of Birth: _____

Reason for Consultation (check all that apply & add additional concerns/information):

- ☐ Concerns for autism spectrum disorder (ASD)
- ☐ Developmental concerns
- ☐ Hyperactivity / fidgeting behavior
- ☐ Inattention / distractability
- ☐ Speech / language skills
- ☐ Motor skills / coordination
- ☐ Learning difficulties / cognitive
- ☐ Daily living skills
- ☐ Sensory sensitivities / interests
- ☐ Challenging behavior
- ☐ Other:

Physician Requesting Consultation: _____

NPI #: _____

Street Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____ County: _____

Phone: _____ Email: _____

Physician's Signature

Date

INSURANCE & BILLING INFORMATION

To understand your insurance coverage for an evaluation at the Institute for Child Development (part of Hackensack University Medical Center), please contact your insurance carrier. When you call, refer to the procedure codes listed below and mention that we bill as an outpatient facility under Hackensack University Medical Center (NPI: 1457456279), not individual providers.

Important: Many insurers require a referral or pre-authorization from your child's pediatrician. Without the required referral at the time of the evaluation, we cannot bill your insurance. If you do not have a referral, you can reschedule your appointment (551-996-5555) or pay for the evaluation yourself.

We will contact your insurance company before your appointment to verify coverage and any limitations. You will receive a call informing you of any payment due at the time of service.

Procedure Codes:

- Developmental Pediatric Study: 99245
- Office Visit (Follow-Up): 99213, 99214, 99215, 99417
- Developmental Testing: 96112, 96113
- Developmental Screening: 96116
- Medication Visits (Follow-up): 99213, 99214, 99215, 99417
- Prolonged Services: 99354, 99417
- Dysphagia (Eating and Swallowing): 92610
- Modified Barium Swallow Study:
 - Speech Pathologist Portion: 92611
 - Radiologist Portion: 74230
- Speech/Language Evaluation: 92523
- Stuttering Evaluation: 92521
- Voice and Resonance Evaluation: 92524
- Evaluation of Speech Sound Production/Articulation: 92522
- Occupational Therapy Evaluation: 97003
- Occupational Therapy Re-evaluation: 97004
- Physical Therapy Evaluation: 97001
- Physical Therapy Re-evaluation: 97002