



Forma Pediátrica de Admisión

Información Biográfica

Nombre del niño/niña: \_\_\_\_\_ Sex: M/F  
Fecha de nacimiento/edad: \_\_\_\_\_ Nombre de los padres: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_ Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_  
Teléfono móvil: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_  
correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha del día de hoy \_\_\_\_\_  
Nombre de la madre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Nombre del padre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Cómo se enteró de nosotros ? : \_\_\_\_\_

Cual es su mayor preocupación respecto a la alimentación? Por favor describa los problemas de alimentación?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cual(es) son los objetivos de alimentación para su niño/niña?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre del pediatra/doctor familiar: \_\_\_\_\_ Nombre del gastroenterólogo: \_\_\_\_\_  
teléfono: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_  
Fax: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Por favor nombre otros especialistas que actualmente atienden a su hijo/hija:  
nombre: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
nombre: \_\_\_\_\_ teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Su hijo/hija actualmente participa en "Early Intervention Program"? S/N Si contesto que si porfavor nombre sus terapeutas (i.e. SLP, OT, PT, nutritionista, etc.):

Name: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_



Informacion Medica

Diagnósticos Medicos:

---

---

Historia prenatal/parto

Duración del embarazo (semanas): \_\_\_\_\_

Tuvo complicaciones durante el embarazo? SI/ No

Si contesto que si, por favor explique:

---

---

Detalles del embarazo: termino/Prematuro Vaginal/cesarea

Complicaciones después del parto: No/Si

---

---

---

Peso al nacer \_\_\_\_\_ Peso y talla actual: \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones/Cirugías

Fecha(s): \_\_\_\_\_

Razon (es) de la hospitalización:

---

---

---

Precauciones recomendadas/alergias

Alergia a medicamentos: \_\_\_\_\_

Alergia alimentos: \_\_\_\_\_

---

Por favor indique qué medicamentos toma actualmente / No estoy tomando ningun medicamento

Medicamento 1: \_\_\_\_\_ Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Prescrito para: \_\_\_\_\_

Medicamento 2: \_\_\_\_\_ Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Prescrito para: \_\_\_\_\_

Medicamento 3: \_\_\_\_\_ Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Prescrito para: \_\_\_\_\_



Medicamentos adicionales:

---

---

**Historial Gastrointestinal/ Preocupaciones Gastrointestinales (GI): Not applicable**

Antecedente de reflujo/ GERD? si No

Marque (X) las que apliquen

- Regurgitar
- Arqueamiento
- Problemas para prosperar/acoplarse
- Eructos
- Tos
- Parecer hambriento y después rechazar el alimento.
- Vaciado gastrico lento
- Vomito
- Salivación excesiva/ babeo
- Diarrea cronica
- Estreñimiento
- Deshidratación
- Incomodidad general al comer

Favor de agregar cualquier información adicional : \_\_\_\_\_

Antecedente de cirugía gastrointestinal: SI/ No

Si contesto que si, por favor explique:

---

Su hijo/hija ha recibido algún método de alimentación alternativa? SI No

Si contesto que si, por favor marque(X) las que apliquen :

- NG-tube
- G-tube
- J-tube
- TPN Other: \_\_\_\_\_

Tipos de alimentación alternativa : Bolus Continuous Combination Other

Por favor describa la rutina de alimentación:

---

---

---



ENT (otorrinolaringólogo) : seleccione las que aplican.

- Infección de oído
- Aspiration
- Bronquitis
- Neumonía
- Tos /episodios de ahogamiento al comer.
- Infecciones de las vías respiratorias superiores

Hábitos digestivos:

Frecuencia de deposiciones (heces) \_\_\_\_\_ veces al día/semanal (**circulo**).

Consistencia: (sólida dura, suave,) \_\_\_\_\_

Historial de alimentación amamantado N/S

Si contestó que sí a qué edad se desteto ? NA/edad

Alimentado con biberón/botella : N/S Leche materna/Formula

Cual formula?: \_\_\_\_\_

Tipo de formula: Polvo/Concentrado/Lista para beber

\_\_\_\_\_

Mencione cualquier otra fórmula y describa la tolerancia/reacción:

\_\_\_\_\_

Mencione otros líquidos ofrecidos en biberón/botella:

\_\_\_\_\_

Sólidos: a qué edad se le ofreció/ consumió cereales/ baby foods (papillas) ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Encierra con un círculo las etapas que su hijo/hija consume actualmente: 1st/2nd/3rd/Toddler/DICED (cubos)

Problemas? \_\_\_\_\_

Su hijo/hija manifiesta alguno de los siguientes? Por favor indique cuándo comenzó.

Rechazo de alimentos (rechazo de todos o casi todos). edad cuando comenzó: \_\_\_\_\_

Preferencia de alimentos por textura (come texturas que NO son apropiadas para su edad)

edad cuando comenzó: \_\_\_\_\_

Preferencia de alimentos por tipo (come una variedad limitada). edad cuando comenzó: \_\_\_\_\_

Preferencia de alimentos por AROMA or textura . edad cuando comenzó: \_\_\_\_\_

Retraso motor oral (problemas para masticar, etc.). edad cuando comenzó: \_\_\_\_\_

Dysphagia (problemas al tragar/tos ahogamiento). edad cuando comenzó: \_\_\_\_\_

Preferencias NO comunes (sensible a la temperatura, color(es) específicos, marcas comerciales). Por favor describa:

\_\_\_\_\_



Otros problemas de alimentación:

\_\_\_\_\_

Patrón actual de alimentación

Cual es el alimento mejor recibido por su hijo/hija? \_\_\_\_\_

peor? \_\_\_\_\_ Qué duración tiene una sesión de comida? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mencione los alimentos preferidos:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mencione los alimentos NO preferidos:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indique el horario y rutina de comidas de su hijo/hija. numero/duracion/snacks:

\_\_\_\_\_

Describe la secuencia en la que se ofrecen alimentos / líquidos. (por ejemplo. líquidos al principio):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Comportamiento de alimentación ¿Su hijo experimenta alguno de los siguientes síntomas con la alimentación?

Ahogamiento	Si/No	Boca sobrecargada	Si /No
Babeo	Si/No	Rechinido de dientes	Si/No
Hipersensibilidad	Yes/No	Problemas al morder	Si/No
Sudoración	Si/No	Nauseas	Si/No
Masticar	Si/No	Vomito	Si/No
Tos	Si/No	Hx of: Aspiration/Penetration	
Other	_____		

Comportamiento de alimentación ¿Muestra su hijo alguno de estos comportamientos durante las comidas?

N / S Encierra en un círculo todos los que apliquen

- |                       |                                    |                                  |                                |
|-----------------------|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| • Llanto o gritos     | Sucio/desordenado                  | Rechaza comer por sí mismo       | Escupe la comida               |
| • Arroja la comida    | Come demasiado rápido/lento        | Juega con la comida              | Quisquilloso                   |
| • Empuja la comida    | Almacena la comida en las mejillas | Rechaza deglutir/tragar          | vómito inducido                |
| • Se aleja de la mesa | Wants 'down                        | Rechaza abrir la boca            | Come cosas que no son comida   |
| • Aprieta los labios  | Shuts Down                         | Vira la cabeza al ver la cuchara | Refuses to touch certain foods |

Otros: \_\_\_\_\_



Lugar en el que el niño/niña consume alimentos (circle all that apply)

Regazo de un adulto   Silla de bebe   silla alta de bebe   Booster Chair   Sofa   cuna

asiento del carro   silla modificada   silla de ruedas   Tumble form   en movimiento por la cocina/otras habitaciones/piezas de la cas.

Otro : \_\_\_\_\_

Qué estrategias utiliza para que su hijo/hija consuma alimentos?

Por favor describa:

---

---

Con que bebe líquidos su hijo/hija (circle please): botella Sippy Cup, vaso sin tapa, popote.

Su hijo/hija es capaz de alimentarse por sí mismo? Si/No

---

Firma

---

Fecha

Espero con gusto conocerte a ti y a tu hijo/hija.