

Clínica Genética Visita de Seguimiento

Fecha: _____

Revised 5/4/2018

Nombre del Paciente _____

Persona que llena este formulario _____

Favor de llenar cuestionario lo más posible. No se preocupe si no sabe la respuesta de alguna de estas preguntas. *Please complete the questionnaire as much as possible. Do not worry if you do not know the answer to any of these questions.*

Indique quien está con ustedes en la visita de hoy: *Please indicate who is with you in the visit today*

Quien vive en la casa con ustedes? *Who lives at home with you?*

** Su hijo bebe formula? _____ Qué tipo? _____

Cuántas onzas? _____ Cada cuánto? _____

Después de su visita, el doctor de genética dictará y mandará por fax un resumen de la visita. Por favor ponga en una lista los nombres y los números de faxes del CADA UNO de los doctores de su niño que usted desea recibir el resumen.

Historia de Desarrollo Intermediario:

Tiene alguna nueva preocupación en cuanto al desenvolvimiento del paciente desde la ultima visita?
Have a new concern about the patient's development since last visit?

Por favor díganos si ha habido algún desenvolvimiento nuevo en el paciente desde su última visita (por ejemplo: camina, habla en oraciones, corre bicicleta)
Please let us know if there has been some development back into the patient since your last visit (for example: walking, talking in sentences, biking): _____

El paciente ha perdido alguna habilidad desde su ultima visita? No Si
The patient has lost some skill since your last visit?

Si ha perdido alguna habilidad, describa que habilidad. *If you have lost some ability, describe the ability*

Physician Signature & Date: _____

Por favor indique si el paciente ha tenido alguna evaluación de nivel de inteligencia/desenvolvimiento:

Please indicate whether the patient has had an intelligence level EVALUATION / development

Fecha (Date)	Donde? (DEI, escuela, oficina del Medico, FDLRs, etc.) (Where?)

Resultados de la evaluación: *Results of Review:*

Información de la Escuela:

Escuela o Cuido (Day Care) del paciente: *School or Infantry (Day Care) Patient*

_____ Grado (Grade) _____

Su niño atiende clases especiales o recibe ayuda especial? *Your child attends special classes or receives special help?* Si No

Si recibe ayuda especial, especifique *If you receive special help, specify:*

Hay algún problema de comportamiento? *Are there any behavioral problems?* Si No

Describa

(Describe) _____

El paciente recibe:

Servicios de Terapia Física? *Physical Therapy Services?* Si No Con qué

frecuencia? (Frequency) _____

Servicios de Terapia Ocupacional? *Occupational Therapy Services?* Si No Con qué

frecuencia? (Frequency) _____

Servicios de Terapia del Habla? *Speech Therapy Services?* Si No Con qué

frecuencia? (Frequency) _____

Por favor describa algún progreso que el paciente haya tenido (por ejemplo: habla, físico) desde su última visita: *Please describe any progress the patient has had (eg: speech, physical) since your last visit*

Historia Médica Intermediaria:

Desde su última visita, el paciente: *Since your last visit, the patient:*

	Si	No	Resultado o Razón?
Tenido examen de la vista? <i>Had eye exam?</i>			
Tenido examen de audición? (Audio exam?)			

Estado hospitalizado? <i>(Been hospitalized)</i>			
Tenido Cirugía? <i>(Had surgery)</i>			
Ha sido diagnosticado con alguna condición médica? <i>(Diagnosed with any other medical condition?)</i>			
Ha tenido algún examen o evaluación especial? <i>(any other exam or special evaluation)</i> (ejemplo: CT, MRI, ultrasonido, EEG, ECHO, estudio de dormir , estudio de tragar , VCUG, Rayos-X, etc.)			
Actualmente, está tomando algún medicamento? <i>Currently, you are taking any medications?</i>			

Si el paciente ha visto a un especialista desde su última visita, favor de anotar su información
If the patient has seen a specialist since your last visit, please note of your information

Apellido del Doctor <i>(Doctor's last name)</i>	Especialidad (ejemplo neurologia, Gastro, etc) <i>(Specialty)</i>	Razon por la que vió al especialista: <i>(Reason for seeing the Specialist)</i>	Fecha de última visita: <i>(Date of last visit):</i>	Próxima Visita: <i>Next visit</i>

Su niño tiene alguna queja de lo siguiente: Si No Favor de mencionar
Your child has a complaint about the following Please List

Apetito, dormir, crecimiento <i>Appetite, sleep, growth</i>			
Ojos <i>eyes</i>			
Oídos, nariz, garganta, y boca <i>Ear, nose, throat and mouth</i>			
Pulmones/Pecho <i>Lungs/Chest</i>			

Corazon <i>Heart</i>			
Estómago, intestinos, problemas al ir al baño <i>Stomach, bowel, toilet problems</i>			
riñones, vejiga, genitales <i>kidneys, bladder, genitals</i>			
Músculos, huesos, espinal, pecho <i>Muscles, bones, spinal, chest</i>			
Piel <i>Skin</i>			
Sistema Neurológico <i>Neurological System</i>			
Psicología/problemas de comportamiento <i>Psychology / behavioral problems</i>			
Problema de hormonas o diabetes <i>Hormone problems or diabetes</i>			
Sangre, enfermedad de la sangre <i>Blood, blood disease</i>			
Alergias o sistema inmune <i>Allergies or immune system</i>			

Historia Familiar:

Actualmente se encuentra embarazada? _____ o planea tener más niños _____ ?

Currently pregnant or plans to have more children?

Por favor describa algún cambio en la familia (ejemplo. nacimientos, muertes, enfermedades, problemas serios médicos, defectos de nacimiento) que son nuevos desde su última visita:

Please describe any changes in the family (eg births, deaths, illness, serious medical problems, birth defects) that are new since your last visit

Nombre <i>Name</i>	Relación al niño <i>Relationship to child</i>	Problema <i>Problems</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____