



HISTORIAL DE CASO DE DEGLUCIÓN
(VIDEOSWALLOW CASE HISTORY)

Por favor complete este formulario antes de la toma de video de deglución.

Fecha: _____
Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____
Persona completando el cuestionario: _____
Relación con el niño: _____ Teléfono: _____

Información Médica:

Médico primario/cabecera: _____ Teléfono: _____
Médico que lo refiere: _____ Teléfono: _____
Razón de la referencia: _____
Diagnóstico Médico: _____

¿Le han hecho a su niño alguno de los siguientes exámenes?

Endoscopia Superior: Endoscopia Superior: Endoscopia:
¿Cuándo?: _____ ¿Cuándo?: _____ ¿Cuándo?: _____
¿Dónde?: _____ ¿Dónde?: _____ ¿Dónde?: _____
Resultados: _____ Resultados: _____ Resultados: _____

Medicina Nuclear/Vaciamiento Gástrico: Sonda pH:
¿Cuándo?: _____ ¿Cuándo?: _____
¿Dónde?: _____ ¿Dónde?: _____
Resultados: _____ Resultados: _____

¿Ha tenido su niño? (marque todos los aplicables):

- Resfriados frecuentes Bronquitis Asma Broncomalacia
- Traqueomalacia Laringomalacia Displasia Bronco Pulmonar
- Uso de oxígeno Traqueotomía (si contestó sí, fecha de colocación: _____
fecha en que fue removida: _____)

Historial Terapéutico:

Recibe su niño: Terapia Ocupacional Terapia Física Logo Terapia
¿Dónde?: _____ Frecuencia: _____
Terapista(s): _____

*Para proveer información de este video a estas personas, usted necesitará firmar un consentimiento para divulgar información, incluyendo su nombre e información para comunicarnos con usted.

Nutrición y Alimentación:

1. ¿Tiene su niño dificultad para aumentar de peso? Si No
2. ¿Ha tenido anteriormente o tiene actualmente alguna preocupación nutricional? Si No

Patient Label

3. Ha tenido o tiene su niño (marque todos los aplicables):

- Sonda Gástrica o Tubo Yeyuno: Empezó: _____ Terminó: _____
 Sonda Nasogástrica: Empezó: _____ Terminó: _____
 Sonda Oral Gástrica: Empezó: _____ Terminó: _____

¿Porqué le colocaron las sondas/tubos? _____

4. Está tomando su niño (marque todos los aplicables):

- Pecho: Si No Frecuencia _____ ¿Cuánto tiempo en cada pecho? _____
Biberón: Si No Frecuencia _____ ¿Cuántas onzas al alimentarlo(a)? _____
¿Por cuánto tiempo ha tomado el biberón? _____ Tetilla utilizada _____
Taza: Si No Frecuencia _____ ¿Cuántas onzas al alimentarlo(a)? _____
¿Sabe su niño usar una pajilla? Si No
¿Necesita ayuda para beber de una taza? Si No

5. Por favor haga una lista de los alimentos que le gustan a su niño(a) o que le son fáciles de manejar: _____

6. Por favor haga una lista de los alimentos que no le gustan a su niño, o no puede comer bien. Explique porqué son difíciles para su niño: _____

Posición y Equipo de Alimentación:

1. ¿Qué posición utiliza usted típicamente para alimentar a su niño? (marque todos los aplicables):

- Sentado en sus piernas Reclinado en sus brazos Silla de comer Silla "búster"
 Silla adaptable Otro: _____

2. Existe alguna adaptación para ayudar a su niño a mantener una posición correcta al sentarse? Si No

(marque todos los aplicables)

- travesero inserción para la silla cinturón para el pecho bandeja para el regazo soporte
 para la cabeza cinturón para las caderas Otro: _____

3. ¿Puede su niño hacer algo de lo siguiente? (marque todos los aplicables):

- ¿Sostener la cabeza solo? Si No ¿Desde qué edad?: _____
¿Darse vuelta? Si No ¿Desde qué edad?: _____
¿Gatear? Si No ¿Desde qué edad?: _____
¿Sentarse solo? Si No ¿Desde qué edad?: _____

4. ¿Permite que su niño se ensucie mucho con alimentos mientras come? Si No

Si es así, ¿disfruta esto su niño o se inquieta cuando está sucio? Lo disfruta Se inquieta

A usted, como padre, se le dificulta permitir que su niño se ensucie con los alimentos? Si No

5. ¿Succiona su niño(a) su chupete? Si No

6. ¿Se alimenta solo su niño/niña? Si No

7. En la escala del 1 al 10 (1 indica con menos tensión y 10 con más tensión), ¿cómo evalúa su nivel de tensión en relación a la alimentación de su niño? (Por favor marque el número apropiado):

(Poca tensión) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (Mucha tensión)

* Gracias por su tiempo e información. Por favor recuerde regresar el cuestionario en el sobre adjunto, enviarlo por facsímil al 515-8696, o llevarlo con usted. Esperamos ansiosamente conocerlo a usted y a su niño.

Patient Label