



Please align patient label to the right

MR# _____

Date Received: _____

Developmental / Behavioral Clinic Questionnaire: Infant and Toddler
Cuestionario clínico sobre el desarrollo y el comportamiento
- lactantes y niños pequeños -

Date Completed/ Fecha en la que se contestó el cuestionario: _____

Child's name Nombre del/la niño(a): _____ Date of Birth/ Fecha de nacimiento: _____

Name of Person Completing Questionnaire/
Nombre de la persona que contestó el cuestionario: _____

Relationship to Child/ Parentesco con el/la niño(a): _____

Best Phone Number to reach parent completing form/
Teléfono donde se puede localizar al padre que contestó el cuestionario: _____

PARENTAL CONCERNS/ INQUIETUDES DE LOS PADRES

When did you first become concerned about your child's development? What were those concerns?/
¿Cuándo le preocupó por primera vez el desarrollo de su hijo? ¿Qué le preocupó?

What are your current concerns about your child?/ ¿Qué le preocupa actualmente sobre su hijo?

Has your child lost skills? (such as stopped using words)/ **Yes/ Sí** **No/ No**
¿Ha perdido su hijo alguna destreza? (por ejemplo, si ha dejado de decir algunas palabras).
If yes, please explain/ Si respondió que "sí", explique:

Do you have concerns about how your child: (Please check all areas of concern)?/
Marque las acciones que le inquieten respecto a su hijo:

- | | | |
|--|--|---|
| ___ talks/ habla | ___ understands/ entiende | ___ listens/ escucha |
| ___ sits/ se sienta | ___ walks/ camina | ___ runs/ corre |
| ___ plays with toys/ juega con sus juguetes | ___ interacts with others/ interactúa con otros | ___ plays with other children/ juega con otros niños |
| ___ learns/ aprende | ___ behaves/cómo se porta | ___ reacts to movement/ reacciona al movimiento |
| ___ reacts to sounds/ reacciona al sonido | ___ reacts to touch/ reacciona al tacto | |



Are you concerned or have thought about your child having any of the following: (Please ✓ areas of concern)?
¿Le inquieta o ha pensado que su hijo puede padecer alguna de las siguientes afecciones? (marque todas las que correspondan)

- ___ **Anxiety Disorder/ Trastorno de ansiedad**
- ___ **Attention Deficit Hyperactivity Disorder/ Trastorno de hiperactividad y déficit de atención**
- ___ **Apraxia of Speech/ Apraxia del habla**
- ___ **Autism/Pervasive Developmental Disorder/Asperger's/ Autismo/Trastorno generalizado del desarrollo/Síndrome de Asperger**
- ___ **Bipolar Disorder/Manic Depression/ Trastorno bipolar/ Depresión maniaca**
- ___ **Developmental Delay/ Retraso en el desarrollo**
- ___ **Learning Disabilities/ Problemas de aprendizaje**
- ___ **Intellectual disability (formerly called mental retardation)/ Discapacidad intelectual (antes llamado retraso mental)**
- ___ **Mood Disorder or depression/ Trastorno de la personalidad o depresión**
- ___ **Obsessive Compulsive Disorder/ Trastorno de obsesión compulsiva**
- ___ **Sensory Integration Dysfunction/ Disfunción de la integración sensorial**

What would you like help with?/ ¿Con qué necesita ayuda?

BEHAVIOR/ COMPORTAMIENTO

Circle the words that describe your child today/

Encierre en un círculo las palabras que mejor describan a su hijo el día de hoy:

| | | | | | |
|---|--|--------------------------------------|--|--|---|
| Easy Going/ <i>De trato fácil</i> | Nervous/ <i>Nervioso</i> | Happy/ <i>Contento</i> | Brave/ <i>Valiente</i> | Active/ <i>Activo</i> | Slow to Adjust/ <i>Difícil de adaptarse</i> |
| Explosive/ <i>Explosivo</i> | Shy/ <i>Tímido</i> | Fearless/ <i>Intrépido</i> | Flexible/ <i>Flexible</i> | Likes Sameness/ <i>Rutinario</i> | Fearful/ <i>Temeroso</i> |
| Clingy/ <i>Poco independiente</i> | Busy/ <i>Atareado</i> | Quiet/ <i>Callado</i> | Unpredictable/ <i>Impredecible</i> | Cranky/ <i>Irritable</i> | Social/ <i>Sociable</i> |
| Loud/ <i>Ruidoso</i> | Self Sufficient/ <i>Autosuficiente</i> | Friendly/ <i>Amistoso</i> | Cuddly/ <i>Mimoso</i> | Aggressive/ <i>Agresivo</i> | Playful/ <i>Juguetón</i> |

What are your child's strengths?/ ¿Cuáles son los aspectos positivos del comportamiento de su hijo?

Do you have worries about your child's behavior? If so, please describe/

¿Le inquieta el comportamiento de su hijo? Si respondió que "sí", explique:

Does your child enjoy being swung, bounced on your knee, etc.?/
¿A su hijo le gusta que lo mezan o que usted juegue con él sobre sus piernas, etc.?

Yes/ Sí **No/ No**

Does your child take an interest in other children?/
¿Su hijo muestra interés en otros niños?

Yes/ Sí **No/ No**



- Does your child like climbing on things, such as up stairs?/**
¿A su hijo le gusta escalar cosas, por ejemplo, subirse a las escaleras?
 Yes/ Sí **No/ No**
- Does your child enjoy playing peek-a-boo/hide-and-seek?/**
¿A su hijo le gusta jugar "peek-a-boo" o al escondite?
 Yes/ Sí **No/ No**
- Does your child ever pretend for example, to talk on the phone or take care of dolls, or pretend other things?/**
¿A su hijo o hija le gusta jugar a hablar por teléfono, cuidar a su muñeca o pretender que está haciendo alguna otra cosa?
 Yes/ Sí **No/ No**
- Does your child ever use his/her index finger to point, to ask for something?/**
¿Su hijo usa el dedo índice para señalarle o pedirle algo?
 Yes/ Sí **No/ No**
- Does your child ever use his/her index finger to point, to indicate interest in something?/**
¿Su hijo usa el dedo índice para señalarle o mostrarle su interés en algo?
 Yes/ Sí **No/ No**
- Can your child play properly with small toys (e.g. cars or bricks) without just mouthing, fiddling, or dropping them?/**
¿Su hijo puede jugar adecuadamente con juguetes pequeños (como carros o bloques) sin llevárselos constantemente a la boca o tirarlos?
 Yes/ Sí **No/ No**
- Does your child ever bring objects over to you (parent) to show something?/**
¿Su hijo alguna vez le lleva algún objeto a usted para enseñárselo?
 Yes/ Sí **No/ No**
- Does your child look you in the eye for more than a second or two?/**
¿Su hijo puede verlo directamente a los ojos por más de uno o dos segundos?
 Yes/ Sí **No/ No**
- Does your child ever seem oversensitive to noise? (e.g. plugging ears)/**
¿Su hijo es hipersensible al ruido en algunas ocasiones? (por ejemplo, hasta el punto de taparse los oídos)
 Yes/ Sí **No/ No**
- Does your child smile in response to your face or your smile?/**
¿Su hijo sonríe cuando lo ve a usted a la cara o cuando usted le sonríe?
 Yes/ Sí **No/ No**
- Does your child imitate you? (e.g., you make a face-will your child imitate it?)/**
¿Su hijo lo imita? (Por ejemplo si usted hace gestos, ¿el niño lo imita?)
 Yes/ Sí **No/ No**
- Does your child respond to his/her name when you call?/**
¿Su hijo responde a su nombre cuando usted lo llama?
 Yes/ Sí **No/ No**
- If you point at a toy across the room, does your child look at it?/**
Si usted señala un juguete que se encuentra en el otro lado del cuarto, ¿su hijo voltea a ver el juguete?
 Yes/ Sí **No/ No**
- Does your child walk?/** *¿Su hijo camina?*
 Yes/ Sí **No/ No**
- Does your child look at things you are looking at?/**
¿Su hijo voltea a ver las mismas cosas que usted ve?
 Yes/ Sí **No/ No**



Please align patient label to the right

- Does your child make unusual finger movements near his/her face?/**
¿Su hijo mueve los dedos en una manera inusual cerca de su propia cara? Yes/ Sí No/ No
- Does your child try to attract your attention to his/her own activity?/**
¿Su hijo trata de llamar su atención hacia la actividad que él está haciendo? Yes/ Sí No/ No
- Have you ever wondered if your child is deaf?/**
¿Alguna vez se ha preguntado si su hijo está sordo? Yes/ Sí No/ No
- Does your child understand what people say?/**
¿Su hijo entiende lo que otras personas dicen? Yes/ Sí No/ No
- Does your child sometimes stare at nothing or wander with no purpose?/**
¿En alguna ocasión su hijo fija la mirada al vacío o camina sin rumbo? Yes/ Sí No/ No
- Does your child look at your face to check your reaction when faced with something unfamiliar?/**
Cuando su hijo se encuentra con algo desconocido, ¿voltea a verlo a usted a la cara para ver su reacción? Yes/ Sí No/ No
- How does your child calm his/herself down when they are upset?/** *¿Cómo se tranquiliza su hijo cuando está molesto?*
- What methods of discipline do you use in your home, if applicable?/** *¿Qué métodos disciplinarios aplica usted en la casa?*
- How often do you need to discipline your child?/** *¿Con qué frecuencia debe disciplinar a su hijo?*
- Has your child's hearing been tested?/** Yes/ Sí No/ No
When was it done?
What were the results?/
¿Se le ha hecho una prueba de audición a su hijo? ¿Cuándo? ¿Cuáles fueron los resultados?
- Has your child's vision been tested?/** Yes/ Sí No/ No
When was it done?
What were the results?/
¿Se le ha hecho una prueba de la vista a su hijo? ¿Cuándo? ¿Cuáles fueron los resultados?
- Does your child have sleep problems?/** Yes/ Sí No/ No
If so, please describe./
¿Su hijo tiene problemas para dormir? Si contestó que "sí", explique:
- Does your child have any problems eating/feeding?/** Yes/ Sí No/ No
If so, please describe./
¿Su hijo tiene algún problema comiendo/alimentándose? Si contestó que "sí", explique:



MEDICAL, SCHOOL, OR THERAPIST REPORTS/ INFORMES MEDICOS, ESCOLARES O TERAPEUTICOS

What past medical/school or therapy evaluations has your child had?/

¿Qué especialistas han evaluado a su hijo?

___ **Neurologist/**
Neurólogo

___ **GI (stomach) doctor/**
Gastroenterólogo

___ **Social worker/**
Trabajador social

___ **Psychiatrist/**
Psiquiatra

___ **Orthopedic doctor/**
Cirujano ortopédico

___ **Occupational therapist/**
Terapeuta ocupacional

___ **Psychologist/**
Psicólogo

___ **Developmental Pediatrician/**
Pediatra del desarrollo

___ **Speech therapist/**
Terapeuta del habla

___ **Genetics doctor/**
Genetista

___ **Endocrinologist/**
Endocrinólogo

___ **Physical Therapist/**
Fisioterapeuta

___ **Rehab doctor/**
Médico de rehabilitación

___ **Cardiologist/**
Cardiólogo

___ **Complementary/alternative
health care provider/**
Otro médico complementario o alternativo

___ **Other/ Otro**

What medical tests has your child had and list results, if known? Please check all that apply/

Marque las pruebas médicas le han realizado a su hijo (todas las que correspondan) y enumere los resultados:

| NAME OF TEST/ PRUEBA | RESULT/ RESULTADO | NAME OF TEST/ PRUEBA | RESULT/ RESULTADO |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chromosomes/ <i>Cromosomas</i> | | <input type="checkbox"/> MRI of brain/ <i>Resonancia magnética del cerebro</i> | |
| <input type="checkbox"/> Fragile X/ Síndrome <i>del cromosoma X frágil</i> | | <input type="checkbox"/> CT scan of brain/ <i>Tomografía computarizada del cerebro</i> | |
| <input type="checkbox"/> Microarray/ <i>Microarray</i> | | <input type="checkbox"/> EEG/ <i>Electroencefalograma</i> | |
| <input type="checkbox"/> Lead/ Pruebas de <i>detección de plomo</i> | | <input type="checkbox"/> Bone x-ray/ <i>Radiografías de los huesos</i> | |
| <input type="checkbox"/> Other blood testing, please list / Otras <i>pruebas de sangre.</i> <i>(Especifique)</i> | | <input type="checkbox"/> Other imaging, please list/ Otras <i>imágenes médicas.</i> <i>(Especifique).</i> | |



BIRTH HISTORY/ HISTORIAL DEL NACIMIENTO

Were there any problems with the pregnancy?/

Yes/ Sí
 No/ No
 Don't Know/ No sé

¿Tuvo algún problema durante el embarazo?

If yes, please describe/ Si respondió que "sí", explique:

Were there any problems with labor and delivery?/

Yes/ Sí
 No/ No
 Don't Know/ No sé

¿Tuvo algún problema durante el parto?

If yes, please describe/ Si respondió que "sí", explique:

What type of delivery did the mother have?/ ¿Qué tipo de parto tuvo?

What was your child's birth weight?/ ¿Cuánto pesó su hijo al nacer?

Was your child premature?/

Yes/ Sí
 No/ No

¿Su hijo fue prematuro?

If yes, how many weeks?/
Si respondió que "sí", ¿por
cuántas semanas? _____

How long was the baby in the hospital after birth?/ ¿Cuánto tiempo estuvo el bebé en el hospital después de haber nacido? _____

Were there problems with the baby or mother in the hospital after birth?/

Yes/ Sí
 No/ No

¿La madre o el bebé presentaron algún problema médico mientras se encontraban en el hospital después del parto?

If yes, please describe/ Si respondió que "sí", explique:

Circle the words that best describe your child as an infant/

Encierre en un círculo las palabras que describían mejor a su hijo cuando era bebé:

- | | | | | |
|--------------------------------------|---|---------------------------------------|---|--------------------------------------|
| Happy/ <i>Contento</i> | Fussy/ <i>Llorón</i> | Irritable/ <i>Irritable</i> | Cuddly/ <i>Adorable</i> | Quiet/ <i>Tranquilo</i> |
| Demanding/ <i>Exigente</i> | Easy Going/ <i>De trato fácil</i> | Angelic/ <i>Angelical</i> | Cranky/ <i>Enojón</i> | Sleepy/ <i>Somnoliento</i> |
| Active/ <i>Activo</i> | Observant/ <i>Observador</i> | Cuddly/ <i>Mimoso</i> | Difficult to console/ <i>Inconsolable</i> | |



GENERAL HEALTH/ SALUD GENERAL

Who is your child's Primary Physician?/ ¿Quién es el doctor de atención primaria de su hijo?

Name/ Nombre: _____
Address/ Dirección: _____ **City/ Ciudad:** _____ **Zip Code/ Código Postal:** _____
Phone/ Teléfono: (____) _____

**When was the last time your child was seen by his/her primary physician?/
¿Cuándo fue la última vez que tuvieron cita con el pediatra/médico de cabecera de su hijo?**

Are immunizations up to date?/ ¿Tiene todas las vacunas al día? **Yes/ Sí** **No/ No**
If not, why?/ De no ser así, ¿cuál es el motivo?

Does your child have any allergies?/ ¿Su hijo tiene alguna alergia? **Yes/ Sí** **No/ No**
If yes, please describe:/ Si respondió que "sí", explique:

Does your child have any chronic medical conditions?/ ¿Su hijo tiene alguna enfermedad crónica? **Yes/ Sí** **No/ No**
If yes, please describe:/ Si respondió que "sí", explique:

Has your child had any accidents or injuries?/ ¿Su hijo ha tenido algún accidente o ha sufrido lesiones? **Yes/ Sí** **No/ No**
If yes, please describe:/ Si respondió que "sí", explique:

Has your child been hospitalized?/ ¿Su hijo ha estado hospitalizado? **Yes/ Sí** **No/ No**
Date/ Fecha **Illness/ Enfermedad** **Hospital/ Hospital**

Has your child had surgery?/ ¿Se le ha hecho alguna cirugía a su hijo? **Yes/ Sí** **No/ No**
Date/ Fecha **Illness/ Enfermedad** **Hospital/ Hospital**

Does your child take medication regularly?/ ¿Su hijo toma algún medicamento regularmente? **Yes/ Sí** **No/ No**
If yes, please list/ Si respondió que "sí", enumérelos:



FAMILY AND SOCIAL HISTORY/ ANTECEDENTES FAMILIARES

Has anyone in the family had (include aunts, uncles, grandparents, and cousins):/

¿Algún miembro de su familia (incluyenod tías, tíos, abuelos y primos) ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?

- | | | | |
|--|---|--|---|
| Seizures / Epilepsy/ Convulsiones / Epilepsia | <input type="checkbox"/> Yes/ Sí | <input type="checkbox"/> No/ No | If yes, who?/ Si marcó "sí", ¿quién? |
| Autism or Autistic Spectrum/ Autismo o en el espectro autista | <input type="checkbox"/> Yes/ Sí | <input type="checkbox"/> No/ No | If yes, who?/ Si marcó "sí", ¿quién? |
| Asperger Syndrome/ Síndrome de Asperger | <input type="checkbox"/> Yes/ Sí | <input type="checkbox"/> No/ No | If yes, who?/ Si marcó "sí", ¿quién? |
| Intellectual Disability/ (formerly called mental retardation) Discapacidad intelectual (antes retraso mental) | <input type="checkbox"/> Yes/ Sí | <input type="checkbox"/> No/ No | If yes, who?/ Si marcó "sí", ¿quién? |
| Developmental Delay/ Retraso en el desarrollo | <input type="checkbox"/> Yes/ Sí | <input type="checkbox"/> No/ No | If yes, who?/ Si marcó "sí", ¿quién? |
| Cerebral Palsy/ Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Yes/ Sí | <input type="checkbox"/> No/ No | If yes, who?/ Si marcó "sí", ¿quién? |
| Speech Problems/ Problemas del habla | <input type="checkbox"/> Yes/ Sí | <input type="checkbox"/> No/ No | If yes, who?/ Si marcó "sí", ¿quién? |
| Learning Problems in School/ Problemas de aprendizaje en la escuela | <input type="checkbox"/> Yes/ Sí | <input type="checkbox"/> No/ No | If yes, who?/ Si marcó "sí", ¿quién? |
| Attention Deficit/Hyperactivity Disorder/ Trastorno de hiperactividad y déficit de atención | <input type="checkbox"/> Yes/ Sí | <input type="checkbox"/> No/ No | If yes, who?/ Si marcó "sí", ¿quién? |
| Birth Defects/ Defectos congénitos | <input type="checkbox"/> Yes/ Sí | <input type="checkbox"/> No/ No | If yes, who?/ Si marcó "sí", ¿quién? |
| Thyroid Problems/ Problemas de la tiroides | <input type="checkbox"/> Yes/ Sí | <input type="checkbox"/> No/ No | If yes, who?/ Si marcó "sí", ¿quién? |
| Tics or Tourette syndrome/ Tics nerviosos o síndrome de Tourette | <input type="checkbox"/> Yes/ Sí | <input type="checkbox"/> No/ No | If yes, who?/ Si marcó "sí", ¿quién? |
| Alcoholism?/ Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Yes/ Sí | <input type="checkbox"/> No/ No | If yes, who?/ Si marcó "sí", ¿quién? |
| Drug Abuse?/ Drogadicción | <input type="checkbox"/> Yes/ Sí | <input type="checkbox"/> No/ No | If yes, who?/ Si marcó "sí", ¿quién? |
| Depression/ Depresión | <input type="checkbox"/> Yes/ Sí | <input type="checkbox"/> No/ No | If yes, who?/ Si marcó "sí", ¿quién? |
| Manic Depression/Bipolar/ Depresión bipolar/ Depresión maniaca | <input type="checkbox"/> Yes/ Sí | <input type="checkbox"/> No/ No | If yes, who?/ Si marcó "sí", ¿quién? |
| Anxiety Disorder/Panic Attacks/ Trastorno de ansiedad/ Ataques de pánico | <input type="checkbox"/> Yes/ Sí | <input type="checkbox"/> No/ No | If yes, who?/ Si marcó "sí", ¿quién? |



Obsessive Compulsive Disorder/ Trastorno de obsesión compulsiva
 Yes/ Sí
 No/ No
If yes, who?/ Si marcó "sí", ¿quién?

Schizophrenia/ Esquizofrenia
 Yes/ Sí
 No/ No
If yes, who?/ Si marcó "sí", ¿quién?

Hearing loss/ Pérdida de la audición
 Yes/ Sí
 No/ No
If yes, who?/ Si marcó "sí", ¿quién?

Are there any other medical conditions, that family members have, which you think are important to share with us?/ ¿Algún miembro de su familia padece alguna otra enfermedad que usted crea que sea relevante?

Is the child's mother in good health?/ ¿La madre del niño goza de buena salud?
 Yes/ Sí
 No/ No
If no, please describe:// Si respondió que "no", explique:

Is the child's father in good health?/ ¿El padre del niño goza de buena salud?
 Yes/ Sí
 No/ No
If no, please describe:// Si respondió que "no", explique:

Social History/ ANTECEDENTES SOCIALES

Other children in household://

Otros niños que viven en su casa:

Name Age Relationship
Nombre Edad Parentesco

Adults in household://

Adultos que viven en su casa:

Name Relationship
Nombre Parentesco

Do you have any concerns about the health, growth, and development of the other children?/ ¿Le preocupa la salud, el crecimiento y/o el desarrollo de los otros niños?
 Yes/ Sí
 No/ No

Do any of the other adults have serious health concerns?/ ¿Alguno de los otros adultos tiene problemas médicos graves?
 Yes/ Sí
 No/ No

Are there legal issues we should know about your child (custody, DCFS, adoption, etc.)/ ¿Existe algún asunto legal sobre su hijo del cual debemos estar al tanto (custodia, DCFS, adopción, etc.)?
If yes, please explain:// Si respondió que "sí", explique
 Yes/ Sí
 No/ No

What languages are spoken in the home?/ ¿Qué idiomas se hablan en casa?

Who cares for your child during the day?/ ¿Quién cuida a su hijo durante el día?

Are there relatives or friends that take care of (baby-sits) your child sometimes?/ ¿Tiene algún familiar o amigo que cuide a su hijo ocasionalmente?
 Yes/ Sí
 No/ No



Have friends or relatives expressed concern about your child's development?/ **Yes/ Sí** **No/ No**
¿Sus familiares o amigos le han expresado alguna inquietud sobre el desarrollo de su hijo
If so, who and what are their concerns?/ De ser así, ¿quién lo ha hecho y cuáles son sus inquietudes?

Has your child attended daycare or nursery school?/ **Yes/ Sí** **No/ No**
¿Su hijo ha ido a la guardería?
If yes, where?/ Si respondió que "sí", ¿a qué guardería?

Was it a positive experience?/ **Yes/ Sí** **No/ No**
¿Fue una experiencia positiva?
Please explain:/ Explíquelo:

Please list other types of community services/activities being used: (parent support group, community play group, park district programs):/ Enumere otros tipos de servicios o actividades comunitarias de los cuales haga uso: (grupo de apoyo para padres de familia, grupos de juego comunitarios, programas en los parques de la comunidad):

What is mother's education?/

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Grade School/ Estudios primarios | <input type="checkbox"/> Some College/ Estudios universitarios inconclusos |
| <input type="checkbox"/> Some High School/ Secundaria/Bachillerato Inconcluso | <input type="checkbox"/> College/ Universidad |
| <input type="checkbox"/> High School/ Secundaria/Bachillerato | <input type="checkbox"/> Trade School/ Escuela técnica |
| <input type="checkbox"/> Graduate/Professional Degree/ Postgrado/Carrera profesional | |

What is the mother's occupation?/ ¿Cuál es la ocupación de la madre?

What is father's education?/ Grado escolar que alcanzó el padre:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Grade School/ Estudios primarios | <input type="checkbox"/> Some College/ Estudios universitarios inconclusos |
| <input type="checkbox"/> Some High School/ Secundaria/Bachillerato Inconcluso | <input type="checkbox"/> College/ Universidad |
| <input type="checkbox"/> High School/ Secundaria/Bachillerato | <input type="checkbox"/> Trade School/ Escuela técnica |
| <input type="checkbox"/> Graduate/Professional Degree/ Postgrado/Carrera profesional | |

What is the father's occupation?/ ¿Cuál es la ocupación del padre?

Are there any other concerns or challenges affecting your family? (Please \checkmark below)./ ¿Tiene su familia alguna otra inquietud o viven una situación de estrés a causa de alguno de los siguientes factores? (marque los que correspondan)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Financial Concerns / <i>Problemas económicos</i> | <input type="checkbox"/> Relationship Problems/ <i>Problemas maritales</i> |
| <input type="checkbox"/> Employment Concerns/ <i>Problemas con su situación laboral</i> | <input type="checkbox"/> Violence (Past or Present)/ <i>Problemas de violencia (en el pasado o en el presente)</i> |
| <input type="checkbox"/> Housing/ <i>Problemas de vivienda</i> | <input type="checkbox"/> Substance use or addictions/ <i>Abuso de drogas o adicciones</i> |
| <input type="checkbox"/> Caring for other family members./ <i>Problemas en cuanto al cuidado de otros familiares</i> | <input type="checkbox"/> Lack of support resources/ <i>Falta de acceso a servicios de asistencia</i> |
| <input type="checkbox"/> Other/ Otro | |

Please explain:/ Si marcó alguna de las opciones anteriores sírvase explicar:



Please align patient label to the right

OTHER HEALTH:/ ANAMNESIS SISTEMÁTICA

Has your child had any of the following symptoms? (Please check all that apply):/ ¿Su hijo ha experimentado alguno de los siguientes síntomas? (marque todas las opciones que correspondan)

___ **Poor appetite/**
Falta de apetito

___ **Excessive appetite/**
Apetito excesivo

___ **Poor growth/**
Crecimiento insuficiente

___ **Rapid weight gain/**
Aumento súbito de peso

___ **Hearing problem/**
Problemas de audición

___ **Vision problem/**
Problemas de la vista

___ **Seizures/**
Convulsiones

___ **Staring spells/**
Episodios con la vista fija

___ **Fainting/**
Desmayos

___ **Coordination problems/**
Problemas de coordinación

___ **Developmental delay/**
Retraso en el desarrollo

___ **Speech delay/**
Retraso en el habla

___ **Repetitive movements/**
Movimientos repetitivos

___ **Tics/**
Tics nerviosos

___ **Muscle weakness/**
Debilidad muscular

___ **Loose muscles (low tone)/**
Músculos relajados
(bajo tono muscular)

___ **Tight muscles (high tone)/**
Músculos tensos
(alto tono muscular)

___ **Tremors/**
Temblores

___ **Hoarseness/**
Ronquera

___ **Difficulty swallowing/**
Dificultad para deglutir (tragar)

___ **Loud snoring/**
Ronquidos fuertes

___ **Chronic cough/**
Tos crónica

___ **Shortness of breath/**
Dificultad respiratoria

___ **Wheezing/**
Silbido en el pecho

___ **Heart murmur/**
Soplo en el corazón

___ **Heart problems/**
Problemas cardiacos

___ **Frequent diarrhea/**
Diarrea frecuente

___ **Frequent vomiting/**
Vómito frecuente

___ **Stomach pain/**
Dolor de estómago

___ **Constipation/**
Estreñimiento

___ **Frequent fevers/**
Fiebre frecuente

___ **Frequent ear infections/**
Infecciones de oído frecuentes

___ **Sinus problems/**
Sinusitis

___ **Chronic nasal congestion/**
Congestión nasal crónica

___ **Eczema/**
Eccema

___ **Rashes/**
Sarpullido

___ **Teeth problems/**
Problemas dentales

___ **Hair problems/**
Problemas del cabello

**Is there anything else you would like us to know about your child's health?/
¿Hay algo más que desee informarnos sobre la salud de su hijo?**

Thank you very much for completing the form. It will help us greatly in the evaluation of your child./Gracias por contestar este formulario. Nos será de mucha utilidad durante la evaluación de su hijo.