



Down Syndrome Clinic - New Patient Evaluation

Clínica de Síndrome de Down - Evaluación para nuevo paciente

Please budget at least 30 minutes to fill out this intake form. Depending on the age of your child, there may be several questions or sections that are not applicable to your child – just skip these and move forward! Thanks!

Tenga en cuenta que necesitará al menos 30 minutos para llenar esta evaluación. Dependiendo de la edad de su hijo, puede haber varias preguntas o secciones que no se apliquen a su hijo, ¡simplemente omítalas y sigue adelante! ¡Gracias!

Child's Name/ Nombre del/de la menor: _____	
Age/ Edad: _____ years/ años _____ months/ meses	
Primary caretaker/ Cuidador/a principal: _____	<input type="checkbox"/> Biologic parent/ Padre/Madre biológico/a <input type="checkbox"/> Step-Parent/ Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Foster Parent/ Padre/Madre de acogida
Primary caretaker/ Cuidador/a principal: _____	<input type="checkbox"/> Biologic parent/ Padre/Madre biológico/a <input type="checkbox"/> Step-Parent/ Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Foster Parent/ Padre/Madre de acogida
Caretaker Email address/ Correo electrónico del Cuidador: _____	
Would you be interested in receiving emails regarding involvement in research studies or resources?/ <i>¿Estaría interesado en recibir correos electrónicos acerca de la participación en estudios de investigación o recursos?</i> <input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No	

SECTION 1: BASIC INFORMATION/ SECCIÓN 1: INFORMACIÓN BÁSICA

Primary Physician Info/ Datos del médico de atención primaria:

Physician's Name/ Nombre del médico: _____

Location/ Dirección: _____

Phone Number/ Teléfono: _____

Diagnosis: Please send in karyotype results to our clinic if possible/

Diagnóstico: Por favor envíenos los resultados del cariotipo a nuestra clínica

What is the patient's diagnosis:/

¿Cuál es el diagnóstico del paciente?

- Trisomy 21/ Trisomía 21
- Mosaic Down syndrome/ Síndrome de Down en mosaico
- Translocation/ Translocación

When was the diagnosis made?/

¿Cuándo fue diagnosticado?

- Prenatal (before birth)/ Prenatal (antes del nacimiento)
- Postnatal (after birth)/ Postnatal (posterior al nacimiento)

Previous Medical Diagnoses (besides Down Syndrome):/

Diagnósticos médicos previo (aparte del Síndrome de Down):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Main concerns or challenges that you would like to address during the visit (in order of priority):/

Inquietudes o desafíos principales que le gustaría abordar durante la cita (en orden de prioridad)

1. _____
2. _____
3. _____



Please list your child's greatest strengths:/
Enumere las principales fortalezas de su hijo/a:

1. _____
2. _____
3. _____

SECTION 2: BEHAVIOR/MENTAL HEALTH CONCERNS (If NOT a concern, please skip to next section)/
SECCIÓN 2: INQUIETUDES ACERCA DE LA SALUD MENTAL O CONDUCTUAL (Si NO tiene inquietudes, continúe a la siguiente sección)

1. **Age of child when first concerns about behavior began/**
Edad del/la menor cuando aparecieron las primeras inquietudes acerca de la conducta: _____
Reasons for concern/ Motivos de la inquietud: _____
2. **Preceding illnesses or psychosocial stressors that occurred prior to the onset of behavioral issues/**
Enfermedades precedentes o factores de estrés psicosocial que ocurrieron antes del inicio de los problemas conductuales: Yes/ Sí No
Details and timing/ Detalles y fechas: _____
3. **Prior evaluation by psychiatry or neurology/ Evaluaciones previas de psiquiatría o neurología:** Yes/ Sí No
Details/ Detalles: _____
4. **Prior neurobehavioral or psychiatric diagnoses/ Diagnósticos previos de psiquiatría o ciencias neuroconductuales:**
Yes/ Sí No
Details/ Detalles: _____
5. **Evaluation completed by a behavioral specialist or counselor for behavior/mental problems/**
Evaluación realizada por un especialista en conducta o consejero para problemas mentales/conductuales:
Yes/ Sí No
Details/ Detalles: _____
6. **Use of medications previously for behavior/mental health problems/**
Uso previo de medicamentos para problemas de salud mentales/conductuales: Yes/ Sí No
Medication names, responses, side effects/
Nombres de los medicamentos, respuestas, efectos secundarios: _____
7. **Interest in discussing medications as part of your child's treatment plan/**
Interés en hablar sobre medicamentos como parte del plan de tratamiento de su hijo: Yes/ Sí No
8. **Please indicate the frequency of the following symptoms/behaviors AND note in which settings they occur/**
Por favor, indique la frecuencia de los siguientes síntomas o conductas e indique en qué entornos ocurren.:

SYMPTOM REPORTING/ REPORTE DE SÍNTOMAS		Never/ Nunca	Sometimes/ A veces	Usually/ Usualmente	Settings/ Entornos
Internalizing symptoms/ <i>Síntomas internalizantes</i>	Sadness/crying/ Tristeza/llanto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> home/ casa <input type="checkbox"/> school/ escuela
	Social withdrawal or excessive shyness/ <i>Alejamiento social o timidez excesiva</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> home/ casa <input type="checkbox"/> school/ escuela
	Irritability/ Irritabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> home/ casa <input type="checkbox"/> school/ escuela
	Loss of initiative or motivation/ <i>Pérdida de iniciativa o motivación</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> home/ casa <input type="checkbox"/> school/ escuela
	Anxious behaviors/ (Describe: _____)/ <i>Conductas ansiosas (Describe: _____)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> home/ casa <input type="checkbox"/> school/ escuela
	Phobias or specific fears/ <i>Fobias o miedos específicos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> home/ casa <input type="checkbox"/> school/ escuela
	Difficulties with separations/ <i>Dificultades con la separación</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> home/ casa <input type="checkbox"/> school/ escuela
	Disruptive behaviors/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> home/ casa



Chicago, IL 60611

Down Syndrome Clinic- New Patient Evaluation Bilingual

Please align patient label to the right

Externalizing symptoms/ <i>Síntomas de externalización</i>	<i>Conductas disruptivas</i>				<input type="checkbox"/> school/ escuela
	Hyperactivity/ Hiperactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> home/ casa <input type="checkbox"/> school/ escuela
	Impulsive actions or decisions/ Acciones o decisiones impulsivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> home/ casa <input type="checkbox"/> school/ escuela
	Excessive tantrums or refusals to comply/ Rabietsas excesivas o negación a obedecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> home/ casa <input type="checkbox"/> school/ escuela
	Aggression toward others/ (Describe: _____)/ Agresividad hacia otros (Describe: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> home/ casa <input type="checkbox"/> school/ escuela
	Self-injury behaviors/ (Describe: _____)/ Comportamientos de autolesión (Describe: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> home/ casa <input type="checkbox"/> school/ escuela
	Property destruction/ Destrucción de propiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> home/ casa <input type="checkbox"/> school/ escuela
Other symptoms/ <i>Otros síntomas</i>	Excessively short attention span/daydreaming/ Atención excesivamente breve / soñar despierto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> home/ casa <input type="checkbox"/> school/ escuela
	Repetitive vocalizations / Vocalizaciones repetitivas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> home/ casa <input type="checkbox"/> school/ escuela
	Repetitive or self-stimulatory behaviors/ (Describe: _____)/ Conductas de autoestimulación o repetitivas (Describe: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> home/ casa <input type="checkbox"/> school/ escuela
	Self-directed / "in his/her own world"/ Autodirigido / "en su propio mundo" / (Describe: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> home/ casa <input type="checkbox"/> school/ escuela
	Odd or unusual behaviors/ (Describe: _____)/ Conductas extrañas (Describe: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> home/ casa <input type="checkbox"/> school/ escuela
	The need to perform certain rituals/ Necesidad de realizar ciertos rituales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> home/ casa <input type="checkbox"/> school/ escuela
	Tics, sudden jerks, or other movements/ Tics, sacudidas repentinas, u otros movimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> home/ casa <input type="checkbox"/> school/ escuela
	Motor slowing or freezing/ Motricidad desacelerando o congelada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> home/ casa <input type="checkbox"/> school/ escuela
	Episodes of behavioral arrest or staring spells/ Episodios de detención del comportamiento o episodios de mirada fija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> home/ casa <input type="checkbox"/> school/ escuela

9. **Other behavioral issues not mentioned above/ Otros problemas sobre la conducta no mencionados anteriormente:**

10. **Check off the things that motivate your child most/ Marque las cosas que más motivan a su hijo:**

Food/ Comida

Social physical attention (high fives, tickles, etc.)/ Atención física social (chocar la mano, cosquillas, etc.)

Positive verbal praise/ Alabanza verbal positiva

Token economy system (sticker charts, etc.)/ Sistema de economía de fichas (gráficos de pegatinas, etc.)

Obtaining a preferred object (video game, toy, etc.)/ Obtener un objeto preferido (videojuego, juguete, etc.)

Fear of having something taken away/ Miedo a que le quiten algo

Fear of punishment/ Miedo al castigo

Music/ Música

Other/ Otro : _____



Chicago, IL 60611

Down Syndrome Clinic- New Patient Evaluation Bilingual

Please align patient label to the right

11. Please check off any sensory aversions (dislikes) or any sensory-seeking behaviors (likes)/

Marque cualquier aversión sensorial (aversión) o cualquier comportamiento de búsqueda sensorial (me gusta):

Sensory/ Sensorial		Never/ Nunca	Sometimes/ A veces	Usually/ Usualmente
Sensory aversions/ Aversiones sensoriales	Bothered by Loud sounds/ Le molestan los ruidos fuertes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Issues with food textures/gagging/ Problemas con las texturas de las comidas / meter morcillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Issues with certain textures of clothing, tags/ Problemas con ciertas texturas de telas, etiquetas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Difficulty with haircuts, toothbrushing, bathing/ Dificultad para los cortes de pelo, cepillarse los dientes, bañarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Never wants to be touched/ Nunca quiere que le toquen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Minimal reaction to pain or extreme temperatures/ Reacción mínima al dolor o a las temperaturas extremas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sensitive to light/ Sensibilidad a la luz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sensitive to smells/ Sensibilidad a los olores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensory-Seeking Behaviors/ Comportamientos de búsqueda de sensaciones	Likes deep squeezes and hugs/ Le gustan los apretones profundos y los abrazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Crashes into things, often too rough/ Choca con las cosas, a veces demasiado duro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Smells non-food items/ Huele artículos que no son alimenticios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Chews on things or grinds teeth excessively/ Mastica cosas o rechina los dientes excesivamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Licks or mouths things inappropriately/ Se lame o se muerde las cosas de forma inapropiada /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Inspects toys or small objects up close/ Inspecciona de cerca juguetes u objetos pequeños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Looks at things from peripheral vision/ sides of eyes/ Mira cosas desde la visión periférica / los lados de los ojos /	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Drawn toward watching spinning/rotation (fans, etc.)/ Le trae ver girar / rotar cosas (ventilador, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Walks on tip-toes/ Camina de puntillas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECTION 3: FUNCTIONAL AND DEVELOPMENTAL SKILLS
SECCIÓN 3: HABILIDADES FUNCIONALES Y DE DESARROLLO**

1. **Rating of child's overall functional abilities: When you compare your child with Down syndrome to other children you have been familiar with since a young age (other children you have raised, been around frequently, etc.), how old of a child overall do you think your child acts like (in terms of overall functioning and understanding of the world)?**

Calificación de las habilidades funcionales generales del niño: cuando compara a su hijo con síndrome de Down con otros niños con los que ha estado familiarizado desde una edad temprana (otros niños que ha criado, ha vivido con frecuencia, etc.), la edad general del niño ¿Crees que tu hijo actúa como (en términos de funcionamiento general y comprensión del mundo)?

A ___ year old/ Como de años

No idea/ No lo sé

2. **Has your child ever experienced:**

A period of developmental regression (LOSING previously solidly acquired milestones)?/

¿Ha visto que su hijo/a alguna vez, he tenido un periodo de **regresión** en el desarrollo (PERDIENDO hitos previamente adquiridos)?

No

Yes → If so, please choose the areas of loss/ Sí → Si es así, marque las áreas de pérdida:

Speech/Language/ Habla/lenguaje

Social skills/ Habilidades sociales

Self-help skills/ Habilidades de autoayuda

Motor skills/ Habilidades motoras

Please describe details (age, context, etc.)/ Describe los detalles (edad, contexto, etc.): _____

Did your child experience a new onset of seizures with loss of skills?/

¿Su hijo he tenido una nueva aparición de convulsiones con pérdida de habilidades?

Yes/ Sí No



Chicago, IL 60611

Please align patient label to the right

Down Syndrome Clinic- New Patient Evaluation Bilingual

3. A period of developmental plateauing (not going backward, but not making progress forward)?/
¿Ha tenido su hijo/a un período de **pausa, o una falta de avances** en el desarrollo (no retroceder, pero no avanzar adelante)?

No

Yes → If so, please choose the areas of plateau/ Sí → Si es así, marque las áreas de falta de avances:

Speech/Language/ Habla/lenguaje

Social skills/ Habilidades de socialización

Self-help skills/ Habilidades de autoayuda

Motor skills/ Habilidades motoras

Please describe details (age, context, etc.)/ Por favor especifique (edad, contexto, etc.): _____

4. For the following, please check off boxes for skills your child demonstrates. If the question doesn't apply because your child wouldn't be expected to do this at their chronological age, please mark off "N/A" for not applicable (for example, if your child is 12 months old, questions about running, jumping, and stairs would not apply). Para lo siguiente, marque las casillas de las habilidades que demuestra su hijo/a. Si la pregunta no se aplica porque no se esperaría que su hijo lo hiciera en su edad cronológica, marque "N / A" para no aplicable (por ejemplo, si su hijo tiene 12 meses, preguntas sobre correr, saltar, y las escaleras no se aplicarían).

MOTOR/ Habilidades motoras		Never/ Nunca	Sometimes/ A veces	Usually/ Usualmente	N/A
Stationary/ Inmóvil	Can stand in one place with good balance/ Puede pararse en un lugar con un buen equilibrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Can move from laying to sitting to standing with ease/ Puede pasar de estar acostado a sentado y a pararse con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Walking/ Caminar	Is physically able to walk around the <u>home</u> independently Es físicamente capaz de caminar por la <u>casa</u> de manera independiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Is physically able to walk around the <u>community</u> independently/ Es físicamente capaz de caminar por la <u>comunidad</u> de manera independiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Running/ Correr	Runs a short distance without falling/ Corre una distancia corta sin caerse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jumping/ Saltar	Able to jump with both feet off the ground/ Puede saltar alzando los dos pies del suelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Balance/ Equilibrio	Able to stand on one foot for 10 seconds/ Puede pararse en un solo pie durante 10 segundos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stairs/ Escalones	Can use stairs independently/ Puede subir los escalones independientemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handedness/ Dominancia manual	Which hand does your child prefer to use?/ ¿Cuál mano prefiere usar su hijo/a?	<input type="checkbox"/> Left hand/ Mano izquierda <input type="checkbox"/> Right hand/ Mano derecha <input type="checkbox"/> No clear dominance/ No es clara la predominancia			

FEEDING/ORAL SKILLS/ ALIMENTACIÓN / HABILIDADES ORALES	Yes / Sí	No	N/A
Takes all nutrition by mouth/ Toma toda la nutrición por la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feeds self independently / Se alimenta independientemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uses utensils/ Usa los cubiertos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Has difficulty chewing/ Tiene dificultad para masticar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coughing with drinking/ Tose al beber líquidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excessive appetite/ Apetito excesivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMMUNICATION/ COMUNICACIÓN	Yes/ Sí	No	N/A
Responds to name consistently when called/ Responde a su nombre de manera consistente al ser llamado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Follows 1-step directions/ Sigue instrucciones de 1 paso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Follows more complex multi-step commands/ Sigue instrucciones más complejas y de múltiples pasos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gets your attention/ Llama su atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Chicago, IL 60611

Down Syndrome Clinic- New Patient Evaluation Bilingual

Please align patient label to the right

Initiates a request/ <i>Inicia una solicitud</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responds to a request/ <i>Responde a pedidos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Looks at what another person points toward / understands gestures/ <i>Mira hacia donde apunta otra persona / entiende gestos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Makes eye contact when showing, sharing something, or to check in/ <i>Hace contacto visual al mostrar, compartir algo, o consultar con alguien</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interacts with others/ <i>Interactúa con otros</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participates in a back and forth exchanges or games/ <i>Participa en juegos o intercambios bidireccionales</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Which of the following are methods that your child uses for communication?/

¿Cuál de los siguientes son métodos que su hijo/a usa para **comunicarse**?

- Spoken communication/words/ *Comunicación hablada/palabras*
- Signing communication/ *Comunicación por señas*
- Picture communication system/ *Sistema de comunicación con imágenes*
- Electronic communication system/ *Sistema de comunicación electrónica*
- Gestures/ *Gestos*
- I cannot identify any way that my child communicates/
No puedo identificar ningún modo en que mi hijo/a se comunique

2. What is your child's primary/preferred form of communication (choose one)?/

¿Cuál es la forma **principal/preferida** de comunicación de su hijo/a (elija **una**)?

- Spoken communication/words/ *Comunicación hablada/palabras*
- Signing communication/ *Comunicación por señas*
- Picture communication system/ *Sistema de comunicación con imágenes*
- Electronic communication system/ *Sistema de comunicación electrónica*
- Gestures/ *Gestos*
- I cannot identify any way that my child communicates/
No puedo identificar ningún modo en que mi hijo/a se comunique

3. What languages are spoken at home?/ ¿Qué **idiomas** se hablan en casa?

- Primary/ *Principal*: English/ *inglés* Spanish/ *español* Other/ *Otro* _____
 Secondary/ *Secundario*: None/ *Ninguno* English/ *inglés* Spanish/ *español* Other/ *Otro* _____

4. How many words/signs/pictures does your child use to communicate? (choose one)/

Cuántas palabras/señas/imágenes usa su hijo/a para comunicarse? (elija **una** opción)

- 1-10 words/signs/pictures/ *1-10 palabras/señas/imágenes*
- 11-20 words/signs/pictures/ *11-20 palabras/señas/imágenes*
- 21-50 words/signs/pictures/ *21-50 palabras/señas/imágenes*
- 50-200 words/signs/pictures/ *50-200 palabras/señas/imágenes*
- >200 words/signs/pictures/ *>200-10 palabras/señas/imágenes*

5. Which answer below BEST describes the level of communication that your child uses most frequently through words/signs/pictures? (choose ONE)/

¿Qué respuesta a continuación describe **MEJOR** el **nivel de comunicación** que usa su hijo/a con mayor frecuencia a través de palabras/señas/imágenes? (elija **UNA** opción)

- Single words or signs only/ *Palabras o señas sueltas*
- Up to two word phrases/ *Frases de hasta 2 palabras*
- Simple 3-4 word sentences/ *Oraciones simples de 3 a 4 palabras*
- Full sentences with ability to tell story or maintain a back-and-forth conversation/
Oraciones completas con la capacidad de contar historias o mantener una conversación bidireccional

6. My child uses language to.... (check all that apply)/

Mi hijo/a **usa el lenguaje para...** (marque todas las opciones que correspondan)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Label things/ <i>Etiquetar cosas</i> | <input type="checkbox"/> Seek out attention/ <i>Llamar la atención</i> |
| <input type="checkbox"/> Request / ask for things/
<i>Solicita/pedir las cosas</i> | <input type="checkbox"/> Share experiences or feelings/
<i>Comparte experiencias o sentimientos</i> |
| <input type="checkbox"/> Explain things / tell stories/
<i>Explica cosas/contar un cuento</i> | <input type="checkbox"/> Narrate play/ <i>Narra el juego</i> |
| <input type="checkbox"/> Refuse / protest / complain/ | <input type="checkbox"/> Comment on things/ <i>Comenta sobre cosas</i> |



Chicago, IL 60611

Down Syndrome Clinic- New Patient Evaluation Bilingual

Please align patient label to the right

Se rehúsa/ protesta / se queja

Ask questions/ Hace preguntas

Answer questions/ Contesta preguntas

7. When my child speaks, I understand/ Cuando mi hijo/a habla, yo entiendo ...

- Hardly anything at all (0-25%)/ Casi nada (0-25%)
- Less than half (25-50%)/ Menos de la mitad (25-50%)
- Around half (50-75%)/ Cerca de la mitad (50-75%)
- More than half but not all (75-100%)/ Más de la mitad, pero no todo (75-100%)
- Everything (100%)/ Todo (100%)

8. When my child speaks, a new person or stranger would understand/ Cuando mi hijo habla, una persona nueva o un extraño lo entendería ...

- Hardly anything at all (0-25%)/ Casi nada (0-25%)
- Less than half (25-50%)/ Menos de la mitad (25-50%)
- Around half (50-75%)/ Cerca de la mitad (50-75%)
- More than half but not all (75-100%)/ Más de la mitad, pero no todo (75-100%)
- Everything (100%)/ Todo (100%)

DAILY LIFE SKILLS/ HABILIDADES PARA LA VIDA COTIDIANA		Full physical support/ Ayuda física total	Partial physical support/ Ayuda física parcial	Independently with prompts + reminders/ Independientemente con indicaciones y recordatorios	Completely independently/ Completamente independiente
Dressing/ Vestirse	Undresses self independently/ Se desviste independientemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dresses self independently/ Se viste independientemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fasteners (buttons/zips/snaps/ties)/ Sujetadores(botones/cremalleras/broces/lazos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiene/ Higiene	Wipes or cleans face and hands/ Se limpia la cara y las manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Toilet trained for urine/ Entrenado/a para ir al baño para orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Toilet trained for bowel movements/ Entrenado/a para ir al baño para defecar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Washes hands/ Se lava las manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bathes or showers and dries self/ Se baña, se ducha y se seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Combs hair/ Se peina el cabello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Brushes teeth/ Se cepilla los dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Food handling/ Manejo de la comida	Prepares a simple snack or meal (bowl of cereal, sandwich)/ Prepara un refrigerio o comida simple (tazón de cereal, sándwich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uses kitchen appliances to cook/bake/ Usa electrodomésticos para cocinar/hornear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Routines/ Rutinas	Initiates and completes morning routine prior to school/ Inicia y completa la rutina de la mañana antes de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Initiates and completes bedtime routine/ Inicia y completa la rutina para ir a dormir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SAFETY/ SEGURIDAD	Never/ Nunca	Sometimes/ A veces	Usually/ Usualmente	N/A
Is careful around hot or dangerous objects/ Es cuidadoso alrededor de objetos calientes o peligrosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remains near caregiver in public spaces (doesn't bolt/wander)/ Permanece junto a su responsable en los lugares públicos (no sale corriendo o deambula)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Chicago, IL 60611

Please align patient label to the right

Down Syndrome Clinic- New Patient Evaluation Bilingual

Follows safety rules in a car (keeps seatbelt on, door closed)/ <i>Sigue reglas de seguridad en el vehículo (mantiene en cinturón de seguridad, la puerta cerrada)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Understands street safety (crossing street, etc.)/ <i>Comprende la seguridad en la calle (cruzar la calle, etc.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appropriate stranger safety ("stranger danger")/ <i>Seguridad apropiada con los extraños («peligro de los extraños»)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tries to elope/leave from school or home/ <i>Intenta fugarse/ salir de la escuela o de la casa</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PLAY/ JUEGO	Never/ Nunca	Sometimes/ A veces	Usually/ Usualmente	N/A
Plays with toys as they were intended to be used/ <i>Juega con sus juguetes de la manera en que se supone que se usen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engages in simple pretend play/ <i>Participa en juegos simulados simples</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engages in more elaborate imaginary play and role playing/ <i>Participa en juegos imaginarios más elaborados y en juego de roles</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Participates in turn taking and back-and-forth play with peers/ <i>Participa en juegos de turno y bidireccionales con sus pares</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plays rule-based games with others/ <i>Juega juegos en base a reglas con otros</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. What are your child's favorite ways of playing? (pick the top three that apply)/

- Mouthing/**
Vocalizar
- Banging and throwing/**
Golpear y lanzar
- Container play (putting in, dumping out)/**
Juegos de contenedor (poner dentro, tirar fuera)
- Lining things up/**
Alinear cosas
- Stacking/building/**
Apilar/construir
- Cause and effect toys (pop-up toys, musical/light-up toys)/**
Juegos de causa y efecto (juguetes que emergen, juguetes musicales o que se iluminan)
- Imitation (stirring in pot, holding spoon to another's mouth)/**
Imitación (revolver en una olla, llevar una cuchara a la boca de alguien)
- Simple pretend (putting baby doll to sleep, play kitchen - stirring food and serving it to you)/**
Simulaciones simples (poner a dormir a una muñeca bebé, jugar a la cocinita - revolver la comida y servírsela a usted)
- Pretending an object is something different (talking into banana like it's a phone)/**
Pretender que un objeto es algo diferente (sostener una banana como si fuera un teléfono)
- Role-playing (pretending to be a superhero or doctor, etc.)/**
Juego de roles (pretender ser un superhéroe o un doctor, etc.)
- Passive entertainment (watching TV/youtube/etc.)/**
Entretenimiento pasivo (ver la televisión/YouTube/etc.)
- Video games/**
Videojuegos
- Outdoor/physical play/**
Juegos físicos/al aire libre
- My child no longer plays or other/**
Mi hijo/a ya no juega u otro: _____

2. What state of play best describes what you have observed when your child is with other children? (pick one)/

- Unoccupied play (child mostly sits by self, performs random movements with unclear purposes)/**
Juego desocupado (el niño principalmente se sienta solo, realiza algunos movimientos al azar sin propósitos claros)



Chicago, IL 60611

Please align patient label to the right

Down Syndrome Clinic- New Patient Evaluation Bilingual

- Solitary play (child tends to play alone with limited interactions with other children)/**
Juego solitario (el niño tiende a jugar solo con interacciones limitadas con otros niños)
- Onlooker play (child takes interest in other children playing, but does not join in)/**
Juego del espectador (al niño le interesa el juego de otros niños, pero no participa)
- Parallel play (child plays side-by-side and may mimic other children playing, but does not actively engage with them)/** *Juego paralelo (el niño juega junto a otros niños y puede inclusive imitarles, pero no participa con ellos activamente)*
- Associative play (child starts to interact with other children with fleeting cooperation, no set rules)/**
Juego asociativo (el niño comienza a interactuar con otros niños en una cooperación fugaz, sin reglas establecidas)
- Social/Cooperative play (child plays together with others with shared aims of play (shared ideas, toys, rules))/**
Juego cooperativo/social (el niño juega junto con otros niños con intención de juego compartido -ideas, juguetes, reglas compartidas-)

CONCEPTS, TIME AND MONEY MANAGEMENT/ MANEJO DE CONCEPTOS, JUEGO Y DINERO		Not yet doing/ Aún no lo hace	Making progress/ Está progresando	Established skill/ Habilidad establecida	N/A
Time/ Tiempo	Generally knows time of day (morning, night, etc.)/ <i>Generalmente sabe qué hora del día es (mañana, noche, etc.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Differentiates past/present/future/ <i>Diferencia el pasado, presente y futuro</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Knows the days of the week/ <i>Conoce los días de la semana</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Knows seasons/ <i>Conoce las estaciones del tiempo</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Can read a calendar/ <i>Puede leer un calendario</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uses a clock or watch to tell time (not digital)/ <i>Puede leer la hora, ya sea en un reloj de pared o de pulsera (no digital)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Money/ Dinero	Understands that money has value/ <i>Comprende que el dinero tiene valor</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Understands individual value of different bills/coins/ <i>Comprende el valor individual de diferentes billetes o monedas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Can independently make small purchases/ <i>Puede hacer compras pequeñas independientemente</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concepts/ Conceptos	Points to body parts/ <i>Señala las partes del cuerpo</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Points to pictures in books/ <i>Señala las imágenes en los libros</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Understands and uses directional terms and prepositions (on, in, under...)/ <i>Comprende y usa los términos direccionales y preposiciones (encima, dentro, debajo...)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Identifies colors/ <i>Identifica los colores</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Can perform matching tasks/ <i>Puede realizar tareas coincidentes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Can select items that are different from the group (e.g. cat, dog, tree, mouse → tree is different)/ <i>Puede seleccionar artículos que son distintos del grupo (por ejemplo: gato, perro, árbol, ratón → árbol es diferente)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Can identify categories that items belong to (e.g. circle, square, triangle → all shapes)/ <i>Puede identificar las categorías a las que pertenecen los artículos (por ejemplo: círculo, cuadrado, triángulo → todos son formas)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Understands size comparison (bigger, smaller)/ <i>Comprende la comparación de tamaños (más grande, más pequeño)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Understands opposite concepts (up/down, etc.)/ <i>Comprende conceptos opuestos (arriba/abajo, etc.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Knows left from right/ <i>Diferencia la izquierda de la derecha</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Chicago, IL 60611

Down Syndrome Clinic- New Patient Evaluation Bilingual

Please align patient label to the right

Can answer objective "why" questions like "why do we wash hands after going to the bathroom?"/ <i>Puede responder al «por qué» de preguntas objetivas, como «¿por qué nos lavamos las manos después de ir al baño?»</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

ACADEMIC (skip section if not in school)/ ACADÉMICO (omita esta sección si no asiste a la escuela)		Not yet doing/ <i>Aún no lo hace</i>	Making progress/ <i>Está progresando</i>	Established skill/ <i>Habilidad establecida</i>	N/A
Reading/ <i>Lectura</i>	Reads at least 10 words/ <i>Lee al menos 10 palabras</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reads sight words proficiently/ <i>Lee palabras visuales de manera competente</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Decodes (sounds out) words/ <i>Decodifica palabras (produce los sonidos)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mostly understands what he/she reads/ <i>Entiende principalmente lo que lee</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reads simple sentences of >3 words/ <i>Lee oraciones simples de más de 3 palabras</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reads picture books/ <i>Lee libros con imágenes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reads beginner chapter books/ <i>Lee libros con capítulos para principiantes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Reads elementary age chapter books/ <i>Lee libros con capítulos para escuela básica</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reads young adult chapter books/ <i>Lee libros con capítulos para jóvenes adultos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Writing/ <i>Escritura</i>	Recognizes own name in printed form/ <i>Reconoce su nombre escrito en letra de molde</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Writes name/ <i>Escribe su nombre</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Writes sentences/ <i>Escribe oraciones</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Counting/ <i>Contar</i>	Writes simple notes, letters, emails, texts, lists/ <i>Escribe notas, cartas, correos electrónicos, textos y listas simples</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Can currently count at least 5 objects/ <i>Actualmente puede contar al menos 5 objetos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Knows basic addition/ <i>Conoce la suma básica</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Knows basic subtraction/ <i>Conoce la resta básica</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drawing/ <i>Dibujo</i>	Can do multiplication/division/ <i>Puede hacer multiplicaciones y divisiones</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Which shapes can you child draw/ <i>¿Cuáles formas puede dibujar su hijo/a?:</i> <input type="checkbox"/> Line/ Línea <input type="checkbox"/> Circle/ Círculo <input type="checkbox"/> Cross/ Cruz <input type="checkbox"/> Square/ Cuadrado <input type="checkbox"/> Triangle/ Triángulo <input type="checkbox"/> Diamond/ Diamante				

SECTION 4: SLEEP/ SECCIÓN 4: SUEÑO

- Do you have any major concerns regarding your child's sleep?/**
¿Tiene alguna mayor preocupación sobre el sueño de su hijo?
No Yes → Please explain/ Sí → Explique: _____
- What time does your child/** *¿A qué hora su hijo:*
Go to sleep/ *Se va a dormir:*
(1) **Weekdays/** *Días de semana:* _____
(2) **Weekends/** *Fines de semana:* _____

Wake up in the morning/ *Se despierta por la mañana:*
(1) **Weekdays/** *Días de semana:* _____
(2) **Weekends/** *Fines de semana:* _____
- Does your child go to bed at the same time most days of the week?/**
¿Se acuesta su hijo a la misma hora la mayoría de los días de la semana?
No Yes/ Sí



Chicago, IL 60611

Please align patient label to the right

Down Syndrome Clinic- New Patient Evaluation Bilingual

4. **Has your child had a sleep study before?/ ¿Ha tenido su hijo anteriormente un estudio del sueño?**
 No Yes → **Results?/ Sí → ¿El resultado?** _____
5. **Does your child snore when he/she does NOT have a cold?/ ¿Ronca su hijo cuando NO tiene un resfriado?**
 ¿Ronca su hijo cuando NO tiene un resfriado?
 No Yes → **If so, please answer the following questions/ Si es así, conteste los siguientes preguntas:**
1. **Can you hear snoring outside the bedroom?/ ¿Puedes oír los ronquidos fuera del dormitorio?**
 No Yes/ Sí Not sure/ No estoy seguro
 2. **When did you first notice snoring (what age)?/ ¿Cuándo notó ronquidos por primera vez (a qué edad)?** _____
 ¿Cuándo notó ronquidos por primera vez (a qué edad)? _____
 3. **In an average week, how often do you hear snoring?/ En una semana promedio, ¿con qué frecuencia escuchas ronquidos?** _____
6. **Does your child have any of the following symptoms?/ ¿Su hijo tiene alguno de los siguientes síntomas?**
- Difficulties falling asleep/ Dificultades para conciliar el sueño.**
 - Pauses in breathing or gasping for air during sleep/ Pausas para respirar o jadear por aire durante el sueño**
 - Needing to be nudged or touched to start breathing again when asleep/ Necesidad de que lo empujen o toquen para comenzar a respirar nuevamente cuando duerme**
 - Frequent movement during sleep or restless sleeping/ Movimiento frecuente durante el sueño o sueño inquieto**
 - Waking up in the middle of the night/ Despertar en la madrugada**
 - Sweating a lot while sleeping/ Sudar mucho mientras duerme**
 - Difficulties waking up in the morning/ Dificultades para despertarse por la mañana**
 - Sleepiness during the day on a regular basis/ Somnolencia durante el día de forma regular**
 - Taking naps every day or almost every day/ Tomando siestas todos los días o casi todos los días**
 - Appear to be hyperactive or fidgety/ Parece hiperactivo o inquieto**
 - Wake up screaming or sleep walking/ Despierta gritando o caminando dormido**

SECTION 5: CHILD EDUCATION, SERVICES, & ACTIVITIES/ SECCIÓN 5: EDUCACIÓN, SERVICIOS Y ACTIVIDADES DEL NIÑO

Current School Program/ Programa escolar actual:

1. **Name of School/ Nombre de la escuela:** _____ **Location/ Ubicación:** _____
2. **What grade is your child in (or going into)?/ ¿En qué grado está su hijo/a (o va a empezar)?**
 Pre-school/Pre-escolar
 Kindergarten/Kinder
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
 Extended high school/ Escuela secundaria extendida
 College/ Universidad
 Other/ Otro _____
3. **What type of classroom setting is your child in?/ ¿En qué tipo de aula está su hijo/a?**
 Self-contained classroom at a school with general education programming/
 Aula autónoma en una escuela con programación de educación general
 Self-contained classroom at a specialized school with no general education exposure/
 Aula autónoma en una escuela especializada sin exposición a la educación general.
 Multi-sensory or autism-specific classroom program/
 Programa de clases multisensorial o especializada para autismo
 General education with supplemental pull-out services/resource room/



Chicago, IL 60611

Please align patient label to the right

Down Syndrome Clinic- New Patient Evaluation Bilingual

Educación general con servicios suplementarios "pull-out" (apoyo fuera del salón de clases) /sala de recursos

General education with push-in services/

Educación general con servicios "push-in" (apoyo dentro del salón de clases).

General education, full inclusion/cotaught classroom/

Educación general, inclusión completa/clase de coenseñanza

Other/ Otro _____

4. What is your child's school placement?/ ¿A qué tipo de escuela asiste su hijo/a?

Public school/ Escuela pública

Private school/ Escuela privada

Home-school/ Escuela en casa

Residential school program/ Programa escolar residencial

Therapeutic school program/ Programa escolar terapéutico

Other/ Otro _____

5. Do you feel that your child's IEP is currently meeting his/her needs?/

¿Siente que el programa educativo individualizado (IEP, por sus siglas en inglés) de su hijo/a satisface sus necesidades?

Yes/ Sí **No** **Not Sure/ No estoy seguro**

6. Does your child have a behavior plan included in his/her IEP?/

¿Tiene su hijo/a un plan de conducta como parte de su IEP?

Yes/ Sí **No** **Not Sure/ No estoy seguro**

7. Are you satisfied with your child's school and classroom placement?/

¿Está satisfecho con la colocación escolar y de la aula en que se encuentra su hijo/a?

Yes/ Sí **No** **Not Sure/ No estoy seguro**

8. Has your child had prior educational testing done?/

¿Se le ha hecho a su hijo/a una evaluación educativa anteriormente?

No **Not Sure/ No estoy seguro** **Yes → When?/ Sí → ¿Cuándo?** _____

9. Has your child had prior neuropsychological testing done outside of Lurie Children's?/

¿Se le ha hecho a su hijo/a una evaluación neuropsicológica fuera de Lurie Children's?

No **Not Sure/ No estoy seguro** **Yes/ Sí**

If Yes → Where/With whom?/ Si es así → ¿Dónde? / ¿Con quién? _____ **When?/¿Cuándo?** _____

Have you submitted a copy of your child's MOST CURRENT Individualized Education Plan (IEP) to the Lurie Down Syndrome Clinic?/

¿Ha presentado una copia del plan educativo individualizado (IEP) MÁS RECIENTE de su hijo/a a la clínica del Síndrome de Down de Lurie?

Yes/ Sí **No** **Not Sure/ No estoy seguro**

Services History/ Historial de Servicios

Services through EARLY INTERVENTION/ Servicios a través de INTERVENCIÓN TEMPRANA

SERVICE/SUPPORT/ SERVICIOS DE APOYO ESCOLAR	RECEIVED?/ RECIBIDOS	ENROLLED CURRENTLY?/ ¿ESTÁ INSCRITO ACTUALMENTE?	AGE WHEN RECEIVING/ EDAD EN LA QUE COMENZÓ	HOURS/WEEK/ HORAS A LA SEMANA	OTHER COMMENTS:/ OTROS COMENTARIOS:
Speech Therapy – communication/ <i>Terapia del habla - comunicación</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No <i>estoy seguro</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No <i>estoy seguro</i>			
Speech Therapy – feeding/ <i>Terapia del habla - alimentación</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No <i>estoy seguro</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No <i>estoy seguro</i>			
Physical Therapy/ <i>Fisioterapia</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No <i>estoy seguro</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No <i>estoy seguro</i>			



Chicago, IL 60611

Please align patient label to the right

Down Syndrome Clinic- New Patient Evaluation Bilingual

Occupational therapy/ <i>Terapia ocupacional</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro			
Developmental Therapy/ <i>Terapia del desarrollo</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro			
Nutritionist/ <i>Nutricionista</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro			
Social Work/ <i>Trabajador social</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro			
Other/ Otro _____	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro			

Services through SCHOOL/ Servicios a través de la ESCUELA

SERVICE/SUPPORT/ SERVICIOS DE APOYO ESCOLAR	RECEIVED?/ RECIBIDOS	ENROLLED CURRENTLY?/ ¿ESTÁ INSCRITO ACTUALMENTE? /	AGE WHEN RECEIVING/ HORAS A LA SEMANA	HOURS/WEEK/ HORAS A LA SEMANA	OTHER COMMENTS/ OTROS COMENTARIOS:
Speech / <i>Terapia del habla</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro			
Physical Therapy/ <i>Fisioterapia</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro			
Occupational therapy/ <i>Terapia ocupacional</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro			
1:1 aide/ <i>Ayudante personalizada/individual</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro			
Social Work/ <i>Trabajador social</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro			
Other/ Otro _____	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro			

Services received OUTSIDE of EI or SCHOOL (private services)/

Servicios recibidos FUERA de INTERVENCIÓN TEMPRANA o de la ESCUELA (servicios privados)

SERVICE/SUPPORT/ SERVICIOS DE APOYO ESCOLAR	RECEIVED?/ RECIBIDOS	ENROLLED CURRENTLY?/ ¿ESTÁ INSCRITO ACTUALMENTE?	AGE WHEN RECEIVING/ HORAS A LA SEMANA	HOURS/WEEK/ HORAS A LA SEMANA	OTHER COMMENTS/ OTROS COMENTARIOS :
Speech Therapy – communication/ <i>Terapia del habla - comunicación</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro			
Speech Therapy – feeding/ <i>Terapia del habla - alimentación</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro			
Physical Therapy/ <i>Terapia física</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro			



Chicago, IL 60611

Please align patient label to the right

Down Syndrome Clinic- New Patient Evaluation Bilingual

Occupational therapy/ <i>Terapia ocupacional</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ <i>No estoy seguro</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ <i>No</i> <i>estoy seguro</i>			
Vision therapy/ <i>Terapia de la vista</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ <i>No estoy seguro</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ <i>No</i> <i>estoy seguro</i>			
Aural Rehab (for hearing impaired)/ <i>Rehabilitación aural (para discapacidad auditiva)</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ <i>No estoy seguro</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ <i>No</i> <i>estoy seguro</i>			
Music Therapy/ <i>Musicoterapia</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ <i>No estoy seguro</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ <i>No</i> <i>estoy seguro</i>			
Hippotherapy/ <i>Equinoterapia</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ <i>No estoy seguro</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ <i>No</i> <i>estoy seguro</i>			
Play group therapy/ <i>Terapia de juego en grupo</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ <i>No estoy seguro</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ <i>No</i> <i>estoy seguro</i>			
Parent management training/ <i>Capacitación en gestión para padres</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ <i>No estoy seguro</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ <i>No</i> <i>estoy seguro</i>			
Behavioral therapy (ABA, floor time)/ <i>Terapia de la conducta (ABA, tiempo de suelo)</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ <i>No estoy seguro</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ <i>No</i> <i>estoy seguro</i>			
Augmentative/Assistive Technology/ <i>Tecnología aumentativa/asistencial</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ <i>No estoy seguro</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ <i>No</i> <i>estoy seguro</i>			
Other/ Otro _____	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ <i>No estoy seguro</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ <i>No</i> <i>estoy seguro</i>			

Does your child participate in any of the following activities? (Check ALL that apply)/

¿Participa su hijo/a en cualquiera de las siguientes **actividades?** (Marque **TODAS** las opciones que correspondan)

- Team sports or formal athletic classes (e.g. Special Olympics, park district teams, gymnastics, martial arts, etc.)/**
Deportes de equipo o clases formales de atletismo (por ejemplo, Olimpiadas Especiales, equipos de los parques del distrito, gimnasia, artes marciales, etc.)
- Informal physical activity/exercise (e.g. non-therapy sports teams, walking, swimming, fitness center)/**
Ejercicio/actividad física informal (por ejemplo, equipos de deportes no terapéuticos, caminar, nadar, centro de entrenamiento)
- Social activities (e.g. spending time with friends, playdates, sleepovers)/**
Actividades sociales (por ejemplo, pasar tiempo con amigos, citas de juego, pijamadas)
- Classes (e.g. art, music, dance, performing arts)/**
Clases (por ejemplo, arte, música, danza, artes escénicas)
- Religious activities (e.g. attending services, Sunday school, youth groups)/**
Actividades religiosas (por ejemplo, asistir a los servicios, escuela dominical, grupos de jóvenes)
- Non-school group activities (e.g. Boy/Girl Scouts, play groups through Gigi's, etc.)/**
Actividades de grupo no escolares (por ejemplo, Niños/Niñas exploradores/as, grupos de juego a través de Gigi's, etc.)
- Organized buddies / friends programs (e.g. Best Buddies)/**
Programas organizados de amigos o compañeros (por ejemplo, Mejores Amigos «Best Buddies»)
- Other/ Otro _____**
- No / None of the above/ No/Ninguna de las opciones anteriores**

SECTION 6: FAMILY LIVING, SOCIAL SUPPORTS, & BARRIERS/
SECCIÓN 6: VIVIENDA FAMILIAR, APOYO SOCIAL Y BARRERAS

LIVING SITUATION/CARETAKING/ SITUACIÓN DE VIVIENDA/CUIDADOS

1. **All individuals living in the home and their ages/ Todos los individuos que viven en el hogar y sus edades:** _____
2. **Does the child split time living in multiple households/ ¿Divide el niño su tiempo viviendo en varios hogares?:**



Chicago, IL 60611

Down Syndrome Clinic- New Patient Evaluation Bilingual

Please align patient label to the right

No Yes → details/ Sí → Detalles: _____

3. Location/ Ubicación: _____

4. When/if not in school, does your child currently attend daycare or an afterschool program?/

¿Cuándo/ si no está en la escuela, asiste su hijo/a a una guardería o programa extracurricular?

No

Yes/ Sí →

Childcare Center/ Centro de guardería

Family/ In-home daycare/ Con la familia/ Guardería en casa

School-based afterschool program/ Programa escolar extracurricular

Other/ Otro _____

5. Please fill out the following information about services/

Por favor, complete la siguiente información acerca de los servicios:

SERVICE/SUPPORT/ SERVICIOS/APOYO	RECEIVED?/ RECIBIDOS	HOURS/WEEK/ HORAS A LA SEMANA	PLEASE DESCRIBE/ ESPECIFIQUE:
Social work family consultation/ Consulta familiar trabajo social	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro		
Case manager/ Encargado del caso:	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro		
Individual counseling for family member/ Consejería individual para un miembro de la familia	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro		
Respite / babysitter / nanny / au pair/ Niñera / au pair	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro		
Lawyer/ Abogado	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro		
Financial Specialist/ Especialista financiero	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro		
Educational Advocate/ Defensor educativo	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro		
Face-to-face support (family, friends, clergy, parent or sibling support groups)/ Apoyo a través de una persona (familia, amigos, clero, padres o hermanos, grupos de apoyo)	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro		
Internet support/resources (facebook groups, blogs, informational websites)/ Apoyo/recursos a través del Internet (grupos de Facebook, blogs, sitios web informativos)	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro		
Mentor/ Mentor	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro		
Other/ Otro _____	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not Sure/ No estoy seguro		

6. Do you feel that family supports and services are meeting the needs of your family members?/

¿Siente que el apoyo y los servicios a la familia están satisfaciendo las necesidades de los miembros de su familia?

No Yes/ Sí

7. Are you involved with any of the following groups?/ ¿Está involucrado con alguno de los siguientes grupos?

NADS

Ups for Downs

Rockin' Moms/DSDN



- Down in the Southland
- NDSS
- NDSC
- Gigi's Playhouse (Location/ Ubicación : _____)
- Other/ Otro _____

8. In the past 12 months, have you had difficulty or delays getting any of the following medical or social services for your child? (Check ALL that apply)/

En los últimos 12 meses, ¿ha tenido alguna dificultad o retraso para conseguir alguno de los siguientes servicios médicos o sociales para su hijo/a? (Marque TODAS las opciones que correspondan)

- Medical primary or specialty care/**
Atención médica primaria o especializada
(if so, what area:/ si es así, ¿en qué área? _____)
- Educational advocacy/**
Defensa educativa/ayuda de alguien que le aconseje y apoyo
- Therapies such as speech therapy, occupational therapy, and physical therapy/**
Terapias como terapia del habla, terapia ocupacional y fisioterapia
- Behavioral services such as in-home behavioral therapy or Applied Behavior Analysis therapy (ABA therapy)/**
Servicios conductuales como terapia conductual en casa o terapia de análisis aplicado de la conducta (ABA, por sus siglas en inglés)
- Counseling / psychotherapy; Cognitive behavioral therapy/**
Consejería / psicoterapia; terapia cognitivo-conductual
- After school programs/ Programas extracurriculares**
- Community services such as recreation programs/**
Servicios comunitarios como programas de recreación
- Social work / family support services/**
Servicios de apoyo a la familia / Trabajo social
- Educational advocacy/ Defensa educativa**
- No / None of the above / No / Ninguna de las opciones anteriores/ Other/ Otro _____**

9. What was the cause of the delay/difficulty in getting activities and services/supports? (Check ALL that apply)/

¿Cuál fue la causa del retraso o dificultad para obtener actividades y servicios de apoyo? (Marque TODAS las opciones que correspondan)

- Wait-lists/ Listas de espera (if so, what area/ si es así, en qué área : _____)**
- Insurance coverage/Finances/ Cobertura de seguro/Finanzas**
- Provider availability/ Disponibilidad del proveedor**
- Transportation/ Transporte**
- Lack of necessary information about services or how to access them/**
Falta de la información necesaria acerca de los servicios o cómo acceder a los mismos
- Program not willing or able to accommodate my child's needs/**
El programa no quiso o no pudo acomodar las necesidades de mi hijo/a
- No / None of the above / No / Ninguna de las opciones anteriores/ Other/ Otro _____**

**SECTION 7: FAMILY DEVELOPMENTAL AND MEDICAL INFORMATION/
SECCIÓN 7: INFORMACIÓN FAMILIAR MÉDICA Y DEL DESARROLLO**

Biological (blood-related) family information/

Información biológica familiar (parientes de sangre):

- 1. Mother's highest level of education/**
Nivel educativo más alto de la madre: _____
- 2. Mother – learning or early developmental differences/**
Madre – diferencias en el aprendizaje o en el desarrollo:
 No Yes → details/ Sí → Detalles: _____
- 3. Mother's occupation/**
Ocupación de la madre: _____
- 4. Father's highest level of education/**
Nivel educativo más alto del padre: _____
- 5. Father – learning or early developmental differences/**
Padre – diferencias en el aprendizaje o en el desarrollo:



Chicago, IL 60611

Down Syndrome Clinic- New Patient Evaluation Bilingual

Please align patient label to the right

No Yes → details/ Sí → Detalles: _____

6. Father's occupation/

Ocupación del padre: _____

7. Siblings names and ages/

Nombres y edades de los hermanos: _____

8. Sibling – learning or early developmental differences/

Hermanos/as – diferencias en el aprendizaje o en el desarrollo:

No Yes → details/ Sí → Detalles: _____

9. Any individuals in the family who needed special supports in school/

Algún miembro de la familia que haya necesitado apoyo especial en la escuela:

No Yes → details/ Sí → Detalles: _____

10. Any adults in the family who have been unable to live independently/

Algún adulto en la familia que no haya sido capaz de vivir de manera independiente:

No Yes → details/ Sí → Detalles: _____

Please check all that apply and list applicable **BIOLOGICALLY**-related siblings, parents, grandparents, aunts/uncles, and first cousins./

Marque todas las opciones que correspondan y enumere los hermanos, padres, abuelos, tíos y primos hermanos **BIOLOGICAMENTE** emparentados.

CONDITION/ AFECCIONES	YES?/ ¿SÍ?	FAMILY MEMBER(S) WITH CONDITION/ MIEMBRO/S DE LA FAMILIA CON AFECCIONES
Down syndrome/ Síndrome de Down	<input type="checkbox"/>	
Diabetes/ Diabetes	<input type="checkbox"/>	
Celiac disease/ Enfermedad celíaca	<input type="checkbox"/>	
Thyroid disease/ Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/>	
High blood pressure/ Presión arterial elevada	<input type="checkbox"/>	
High cholesterol/ Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	
Arthritis/ Artritis	<input type="checkbox"/>	
Heart disease/ Enfermedades cardíacas	<input type="checkbox"/>	
Seizures/ Convulsiones	<input type="checkbox"/>	
Stroke/ Accidente cerebrovascular (derrame cerebral)	<input type="checkbox"/>	
Obstructive sleep apnea/ Apnea obstructora del sueño	<input type="checkbox"/>	
Dementia/Alzheimer's/ Demencia/Alzheimer	<input type="checkbox"/>	
Cancer (specify)/ Cáncer (especifique)	<input type="checkbox"/>	
Anxiety/ Ansiedad	<input type="checkbox"/>	
Depression/ Depresión	<input type="checkbox"/>	
Bipolar disorder/ Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/>	
Obsessive Compulsive Disorder/ Trastorno obsesivo compulsivo	<input type="checkbox"/>	
Autism/ Autismo	<input type="checkbox"/>	
ADHD/	<input type="checkbox"/>	



Chicago, IL 60611

Down Syndrome Clinic- New Patient Evaluation Bilingual

Please align patient label to the right

<i>Trastorno por déficit de atención e hiperactividad</i>		
Language delays/ Retraso en el lenguaje	<input type="checkbox"/>	
Other developmental conditions (specify)/ Otras afecciones del desarrollo (especifique)	<input type="checkbox"/>	
Other relevant disorders (specify)/ Otros trastornos relevantes (especifique)	<input type="checkbox"/>	

**SECTION 8: CHILD MEDICAL HISTORY/
SECCIÓN 8: ANTECEDENTES MÉDICOS DEL MENOR**

BIRTH HISTORY/ HISTORIAL DEL NACIMIENTO

- Parental age at conception: Biological mother _____ years; Biological father _____ years/
Edad de los padres en el momento de la concepción: Madre biológica _____ años; Padre biológico _____ años**
- Child's gestational age at delivery: _____ weeks/
Edad gestacional del bebé al nacer _____ semanas**
- Were there complications during the pregnancy or delivery?/
¿Hubo complicaciones durante el embarazo o el parto?**
 No
 Yes/ Sí →
 High blood pressure /la presión alta
 Gestational diabetes /diabetes gestacional
 Bleeding /sangrado
 Preterm labor /trabajo de parto prematuro
 Excessive morning sickness / Náuseas matutinas excesivas /
 Illness/infection /Enfermedad o infección
 Poor fetal growth / Crecimiento fetal deficiente
 Decreased fetal movement / Disminución del movimiento fetal
 Failed stress test or non-reassuring fetal heart tracings/ Prueba de esfuerzo fallida o trazados cardíacos fetales no tranquilizadores
 Other or details/ Otro o detalles
- Type of delivery/ Tipo de parto:**
 Routine vaginal/ Vaginal rutinario
 Assisted vaginal (forceps, vacuum)/ Vaginal asistido (fórceps, ventosa)
 Scheduled c-section/ Cesárea programada
 Emergency c-section/ Cesárea de emergencia
- Was a prolonged stay (>4 days) in the hospital or NICU required after delivery?/
¿Requirió una hospitalización prolongada (superior a 4 días) en el hospital o en la sala de cuidados intensivos neonatales (NICU) tras el parto?**
 No
 Yes → reasons/ Sí → Razón
 Breathing difficulties/ Problemas respiratorios
 Feeding difficulties/ Problemas alimentarios
 Jaundice/ Ictericia
 Low heart rates/ Frecuencia cardíaca baja
 Poor weight gain/ Aumento de peso insuficiente
 Congenital heart disease/ Enfermedad cardíaca congénita



Chicago, IL 60611

Down Syndrome Clinic- New Patient Evaluation Bilingual

Please align patient label to the right

- Abnormal blood counts/transient myeloproliferative disorder/**
Conteos sanguíneos anormales/trastorno mieloproliferativo transitorio
- Brain bleed/ Sangrado cerebral**
- Not Sure/ No estoy seguro**
- Other/ Otro: _____**

MEDICAL HISTORY/ ANTECEDENTES MÉDICOS

Please review the medical conditions for each body system and mark the current status of the condition/problem (Past AND/OR current). For each grid, if you determine that your child has NEVER been diagnosed with or treated for ANY of the conditions for that body system, please check of the "None" box./

Por favor, revise las condición médica de cada sistema del cuerpo y marque el estado actual de la condición /problema (pasado Y/O actual). Para cada cuadrícula, si determina que su hijo/a NUNCA ha sido diagnosticado/a o tratado/a por ALGUNA de las afecciones de ese sistema corporal, marque la casilla "Ninguno"

CARDIAC/HEART/ CARDÍACO/CORAZÓN	HEARING/ENT/ AUDICIÓN/OÍDO, NARIZ, GARGANTA																																																																														
<p><input type="checkbox"/> None/ Ninguno</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #e0e0e0;"> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Past/ Pasado</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Current/ Actual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Congenital Heart disease:/ <i>Enfermedad cardíaca congénita</i></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Common AV canal/ <i>Canal auriculoventricular completo</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Patent Foramen Ovale/ <i>Persistencia del agujero oval</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Patent ductus arteriosus/ <i>Persistencia del conducto arterioso</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Atrial septal defect/ <i>Comunicación interauricular (defecto del tabique auricular)</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Ventricular septal defect/ <i>Comunicación interventricular/defecto del tabique ventricular</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tetralogy of Fallot/ <i>Tetralogía de Fallot</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Other conditions/ <i>Otras afecciones::</i></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>High blood pressure/ <i>Presión arterial elevada</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Lipid Disorder/ <i>Trastorno lipídico</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Other/ Otro: _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Yes/ Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>History of cardiac surgery?/ <i>¿Antecedentes de cirugía cardíaca?</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Past/ Pasado	Current/ Actual	Congenital Heart disease:/ <i>Enfermedad cardíaca congénita</i>			Common AV canal/ <i>Canal auriculoventricular completo</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patent Foramen Ovale/ <i>Persistencia del agujero oval</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patent ductus arteriosus/ <i>Persistencia del conducto arterioso</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atrial septal defect/ <i>Comunicación interauricular (defecto del tabique auricular)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ventricular septal defect/ <i>Comunicación interventricular/defecto del tabique ventricular</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tetralogy of Fallot/ <i>Tetralogía de Fallot</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other conditions/ <i>Otras afecciones::</i>			High blood pressure/ <i>Presión arterial elevada</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lipid Disorder/ <i>Trastorno lipídico</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other/ Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Yes/ Sí	No	History of cardiac surgery?/ <i>¿Antecedentes de cirugía cardíaca?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><input type="checkbox"/> None/ Ninguno</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #e0e0e0;"> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Past/ Pasado</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Current/ Actual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hearing Loss/ <i>Pérdida auditiva</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hearing aids/ <i>Audífonos</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Eustachian Tube dysfunction/ <i>Disfunción de las trompas de Eustaquio</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tympanostomy tubes/ <i>Tubos de timpanostomía</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Wax buildup/ <i>Acumulación de cerumen</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tonsillectomy/ <i>Amigdalectomía</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Adenoidectomy/ <i>Adenoidectomía</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Other/ Otro: _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Yes/ Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>History of other ENT surgery?/ <i>¿Historial de cirugía otorrinolaringológica?</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Please describe/ Describir: _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Past/ Pasado	Current/ Actual	Hearing Loss/ <i>Pérdida auditiva</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hearing aids/ <i>Audífonos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eustachian Tube dysfunction/ <i>Disfunción de las trompas de Eustaquio</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tympanostomy tubes/ <i>Tubos de timpanostomía</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wax buildup/ <i>Acumulación de cerumen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tonsillectomy/ <i>Amigdalectomía</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adenoidectomy/ <i>Adenoidectomía</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other/ Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Yes/ Sí	No	History of other ENT surgery?/ <i>¿Historial de cirugía otorrinolaringológica?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Please describe/ Describir: _____		
	Past/ Pasado	Current/ Actual																																																																													
Congenital Heart disease:/ <i>Enfermedad cardíaca congénita</i>																																																																															
Common AV canal/ <i>Canal auriculoventricular completo</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
Patent Foramen Ovale/ <i>Persistencia del agujero oval</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
Patent ductus arteriosus/ <i>Persistencia del conducto arterioso</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
Atrial septal defect/ <i>Comunicación interauricular (defecto del tabique auricular)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
Ventricular septal defect/ <i>Comunicación interventricular/defecto del tabique ventricular</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
Tetralogy of Fallot/ <i>Tetralogía de Fallot</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
Other conditions/ <i>Otras afecciones::</i>																																																																															
High blood pressure/ <i>Presión arterial elevada</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
Lipid Disorder/ <i>Trastorno lipídico</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
Other/ Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
	Yes/ Sí	No																																																																													
History of cardiac surgery?/ <i>¿Antecedentes de cirugía cardíaca?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
	Past/ Pasado	Current/ Actual																																																																													
Hearing Loss/ <i>Pérdida auditiva</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
Hearing aids/ <i>Audífonos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
Eustachian Tube dysfunction/ <i>Disfunción de las trompas de Eustaquio</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
Tympanostomy tubes/ <i>Tubos de timpanostomía</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
Wax buildup/ <i>Acumulación de cerumen</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
Tonsillectomy/ <i>Amigdalectomía</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
Adenoidectomy/ <i>Adenoidectomía</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
Other/ Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
	Yes/ Sí	No																																																																													
History of other ENT surgery?/ <i>¿Historial de cirugía otorrinolaringológica?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
Please describe/ Describir: _____																																																																															
RESPIRATORY/ SISTEMA RESPIRATORIO	ENDOCRINOLOGY/ ENDOCRINOLOGÍA																																																																														
<p><input type="checkbox"/> None/ Ninguno</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #e0e0e0;"> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Past/ Pasado</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Current/ Actual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Asthma/ Asma</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Aspiration pneumonia/ <i>Pulmonía (neumonía) por aspiración</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pneumonia/ <i>Neumonía (pulmonía)</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Past/ Pasado	Current/ Actual	Asthma/ Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspiration pneumonia/ <i>Pulmonía (neumonía) por aspiración</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pneumonia/ <i>Neumonía (pulmonía)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><input type="checkbox"/> None/ Ninguno</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #e0e0e0;"> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Past/ Pasado</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Current/ Actual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Congenital hypothyroidism/ <i>Hipotiroidismo congénito</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Acquired hypothyroidism/ <i>Hipotiroidismo adquirido</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Type 1 Diabetes/ <i>Diabetes tipo 1</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Past/ Pasado	Current/ Actual	Congenital hypothyroidism/ <i>Hipotiroidismo congénito</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acquired hypothyroidism/ <i>Hipotiroidismo adquirido</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type 1 Diabetes/ <i>Diabetes tipo 1</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																						
	Past/ Pasado	Current/ Actual																																																																													
Asthma/ Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
Aspiration pneumonia/ <i>Pulmonía (neumonía) por aspiración</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
Pneumonia/ <i>Neumonía (pulmonía)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
	Past/ Pasado	Current/ Actual																																																																													
Congenital hypothyroidism/ <i>Hipotiroidismo congénito</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
Acquired hypothyroidism/ <i>Hipotiroidismo adquirido</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													
Type 1 Diabetes/ <i>Diabetes tipo 1</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																													



Chicago, IL 60611

Please align patient label to the right

Down Syndrome Clinic- New Patient Evaluation Bilingual

<p>Recurrent respiratory infections/ <i>Infección recurrente de vías respiratorias</i> Other/ Otro: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Type 2 Diabetes/ <i>Diabetes tipo 2</i> Early Puberty/ <i>Pubertad precoz</i> Low Vitamin D/ <i>Deficiencia de Vitamina D</i> Other/ Otro: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
GASTROINTENSTINAL/ <i>SISTEMA GASTROINTESTINAL</i>		FEEDING/ <i>ALIMENTACIÓN</i>	
<p><input type="checkbox"/> None/ Ninguno</p>		<p><input type="checkbox"/> None/ Ninguno</p>	
	<p>Past/ <i>Pasado</i></p> <p>Current/ <i>Actual</i></p>		<p>Past/ <i>Pasado</i></p> <p>Current/ <i>Actual</i></p>
<p>Duodenal atresia/ <i>Atresia duodenal</i> Hirschsprung's disease/ <i>Enfermedad de Hirschsprung</i> Constipation/ <i>Estreñimiento</i> Gastroesophageal reflux/ <i>Reflujo gastroesofágico</i> Celiac disease/ <i>Enfermedad celíaca</i> Other/ Otro: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>G-tube feeds/ <i>Alimentaciones por sonda gástrica</i> Dysphagia (no aspiration)/ <i>Disfagia (sin aspiración)</i> Dysphagia (aspiration) / <i>Disfagia (con aspiración)</i> Special dietary needs/ <i>Necesidades nutricionales especiales</i> Poor weight gain/ <i>Aumento de peso deficiente</i> Other/ Otro: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
WEIGHT/ <i>PESO</i>		SLEEP/ <i>SUEÑO</i>	
<p><input type="checkbox"/> None/ Ninguno</p>		<p><input type="checkbox"/> None/ Ninguno</p>	
	<p>Past/ <i>Pasado</i></p> <p>Current/ <i>Actual</i></p>		<p>Past/ <i>Pasado</i></p> <p>Current/ <i>Actual</i></p>
<p>Low weight/failure to gain weight/ <i>Bajo peso/ falta de aumento de peso</i> Overweight/Obese/ <i>Sobrepeso/obesidad</i> Unexplained weight loss/ <i>Pérdida de peso inexplicable</i> Other/ Otro: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Obstructive sleep apnea/ <i>Apnea obstructiva del sueño</i> Diagnosed sleep disorder/ <i>Trastorno del sueño diagnosticado</i> Uses CPAP/ <i>Utiliza una CPAP</i> Other/ Otro: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
VISION/EYES/ <i>VISTA/OJOS</i>		NEUROLOGICAL / <i>SISTEMA NEUROLÓGICO</i>	
<p><input type="checkbox"/> None/ Ninguno</p>		<p><input type="checkbox"/> None/ Ninguno</p>	
	<p>Past/ <i>Pasado</i></p> <p>Current/ <i>Actual</i></p>		<p>Past/ <i>Pasado</i></p> <p>Current/ <i>Actual</i></p>
<p>Refractive errors/astigmatism/ <i>Errores refractivos/astigmatismo</i> Amblyopia/Eye crossing/ <i>Ambliopía (ojo perezoso)/ Estrabismo</i> Cataracts/ <i>Cataratas</i> Wears glasses/ <i>Usa lentes (anteojos/espejuelos)</i> Other/ Otro: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Infantile spasms/ <i>Espasmos infantiles</i> Generalized seizures/ <i>Convulsiones generalizadas</i> Focal seizures/ <i>Convulsiones focales</i> Abnormal movements (tics, stereotypies)/ <i>Movimientos anormales (tics, estereotipos)</i> Abnormal weakness/ <i>Debilidad anormal</i> Other/ Otro: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
	<p>Yes/ Sí</p> <p>No</p>		
<p>History of eye surgery?/</p>	<p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		



Chicago, IL 60611

Down Syndrome Clinic- New Patient Evaluation Bilingual

Please align patient label to the right

<p>¿Antecedentes de cirugía oftálmica? Please describe/ Describir: _____</p>																																														
BLOOD/HEMATOLOGICAL/ SANGRE/HEMATOLOGÍA	KIDNEY/GENITOURINARY/ RIÑONES/SISTEMA GENITOURINARIO																																													
<p><input type="checkbox"/> None/ Ninguno</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:70%;"></th> <th style="width:15%; text-align: center;">Past/ Pasado</th> <th style="width:15%; text-align: center;">Current/ Actual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Anemia/ Anemia</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Low iron levels/ Niveles deficientes de hierro</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Transient myeloproliferative disorder/ Trastorno mieloproliferativo transitorio</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Leukemia/ Leucemia</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Lead poisoning/ Intoxicación con plomo</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Other/ Otro: _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Past/ Pasado	Current/ Actual	Anemia/ Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Low iron levels/ Niveles deficientes de hierro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transient myeloproliferative disorder/ Trastorno mieloproliferativo transitorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leukemia/ Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lead poisoning/ Intoxicación con plomo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other/ Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><input type="checkbox"/> None/ Ninguno</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:70%;"></th> <th style="width:15%; text-align: center;">Past/ Pasado</th> <th style="width:15%; text-align: center;">Current/ Actual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kidney/urinary infections/ Infecciones de riñones /urinarias</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hydronephrosis/ Hidronefrosis</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Vesicoureteral reflux/ Reflujo vesicoureteral</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Undescended testicles/ Testículo no descendido</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Other/ Otro: _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Yes/ Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>History of GU surgery? (hernia, orchidopexy, etc.) Please describe/ Antecedentes de cirugía genitourinaria? (hernia, orquidopexia, etc.) Explicar: _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Past/ Pasado	Current/ Actual	Kidney/urinary infections/ Infecciones de riñones /urinarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hydronephrosis/ Hidronefrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vesicoureteral reflux/ Reflujo vesicoureteral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Undescended testicles/ Testículo no descendido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other/ Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Yes/ Sí	No	History of GU surgery? (hernia, orchidopexy, etc.) Please describe/ Antecedentes de cirugía genitourinaria? (hernia, orquidopexia, etc.) Explicar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Past/ Pasado	Current/ Actual																																												
Anemia/ Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Low iron levels/ Niveles deficientes de hierro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Transient myeloproliferative disorder/ Trastorno mieloproliferativo transitorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Leukemia/ Leucemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Lead poisoning/ Intoxicación con plomo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Other/ Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
	Past/ Pasado	Current/ Actual																																												
Kidney/urinary infections/ Infecciones de riñones /urinarias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Hydronephrosis/ Hidronefrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Vesicoureteral reflux/ Reflujo vesicoureteral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Undescended testicles/ Testículo no descendido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Other/ Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
	Yes/ Sí	No																																												
History of GU surgery? (hernia, orchidopexy, etc.) Please describe/ Antecedentes de cirugía genitourinaria? (hernia, orquidopexia, etc.) Explicar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
DENTAL/ ODONTOLOGÍA	ALLERGY/IMMUNOLOGY/ ALERGIAS/ INMUNOLOGÍA																																													
<p><input type="checkbox"/> None/ Ninguno</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:70%;"></th> <th style="width:15%; text-align: center;">Past/ Pasado</th> <th style="width:15%; text-align: center;">Current/ Actual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cavities/ Caries</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Periodontal disease/ Enfermedad periodontal</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tooth extractions/ Extracción de dientes</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Orthodontic treatment (braces, palate expander)/ Tratamiento ortodóntico (frenos, expansor de paladar)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Other/ Otro: _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Yes/ Sí</td> <td style="text-align: center;">No</td> </tr> <tr> <td>History of dental surgery? Please describe/ ¿Antecedentes de cirugía ortodóntica? Explicar: _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Past/ Pasado	Current/ Actual	Cavities/ Caries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Periodontal disease/ Enfermedad periodontal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tooth extractions/ Extracción de dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orthodontic treatment (braces, palate expander)/ Tratamiento ortodóntico (frenos, expansor de paladar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other/ Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Yes/ Sí	No	History of dental surgery? Please describe/ ¿Antecedentes de cirugía ortodóntica? Explicar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><input type="checkbox"/> None/ Ninguno</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:70%;"></th> <th style="width:15%; text-align: center;">Past/ Pasado</th> <th style="width:15%; text-align: center;">Current/ Actual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Asthma/ Asma</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Allergies/ Alergias</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Other/ Otro: _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Past/ Pasado	Current/ Actual		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma/ Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergies/ Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other/ Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	Past/ Pasado	Current/ Actual																																												
Cavities/ Caries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Periodontal disease/ Enfermedad periodontal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Tooth extractions/ Extracción de dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Orthodontic treatment (braces, palate expander)/ Tratamiento ortodóntico (frenos, expansor de paladar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Other/ Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
	Yes/ Sí	No																																												
History of dental surgery? Please describe/ ¿Antecedentes de cirugía ortodóntica? Explicar: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
	Past/ Pasado	Current/ Actual																																												
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Asthma/ Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Allergies/ Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Other/ Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
MUSCULOSKELETAL/ SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO	SKIN/DERMATOLOGICAL/ PIEL/DERMATOLOGÍA																																													
<p><input type="checkbox"/> None/ Ninguno</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:70%;"></th> <th style="width:15%; text-align: center;">Past/ Pasado</th> <th style="width:15%; text-align: center;">Current/ Actual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Diagnosed hip problems/ Diagnóstico de problemas de cadera</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Diagnosed knee problems/ Diagnóstico de problemas de rodilla</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Diagnosed foot problems/ Diagnóstico de problemas de pie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Past/ Pasado	Current/ Actual	Diagnosed hip problems/ Diagnóstico de problemas de cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnosed knee problems/ Diagnóstico de problemas de rodilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnosed foot problems/ Diagnóstico de problemas de pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p><input type="checkbox"/> None/ Ninguno</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:70%;"></th> <th style="width:15%; text-align: center;">Past/ Pasado</th> <th style="width:15%; text-align: center;">Current/ Actual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Dry skin/ Piel reseca</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Eczema/ Eccema</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hair loss/alopecia/ Caída del cabello/ alopecia</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Folliculitis/ Foliculitis</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Acne/ Acné</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Past/ Pasado	Current/ Actual	Dry skin/ Piel reseca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eczema/ Eccema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hair loss/alopecia/ Caída del cabello/ alopecia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Folliculitis/ Foliculitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acne/ Acné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
	Past/ Pasado	Current/ Actual																																												
Diagnosed hip problems/ Diagnóstico de problemas de cadera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Diagnosed knee problems/ Diagnóstico de problemas de rodilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Diagnosed foot problems/ Diagnóstico de problemas de pie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
	Past/ Pasado	Current/ Actual																																												
Dry skin/ Piel reseca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Eczema/ Eccema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Hair loss/alopecia/ Caída del cabello/ alopecia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Folliculitis/ Foliculitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												
Acne/ Acné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																												



Chicago, IL 60611

Down Syndrome Clinic- New Patient Evaluation Bilingual

Please align patient label to the right

Cervical spine problems/ atlantoaxial instability/ <i>Problemas de cervicales/ inestabilidad atlantoaxial</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other/ Otro: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Scoliosis/ <i>Escoliosis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Other/ Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Yes/ Sí	No	
History of musculoskeletal surgery? Please describe/ ¿Antecedentes de cirugía musculoesquelética? Describir: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Are there any other medical issues going on that were not mentioned above?/

¿Hay otros problemas médicos que no se mencionaron anteriormente?

No Yes → details/ Sí → detalles: _____

For these medical issues, do you see any specialists OUTSIDE of the Lurie system?/

Para estos problemas médicos, ¿ve a algún especialista FUERA del sistema Lurie?

Yes/ Sí No

If yes, where at and what specialties?/ En caso afirmativo, ¿dónde y qué especialidades? _____

When was your child's most recent blood / lab testing? Date (best estimate)/

¿Cuándo fue el análisis de laboratorio o de sangre más reciente de su hijo/a? Fecha (mejor estimación): _____

Were thyroid function labs checked?/

¿Se revisó la función tiroidea en los análisis?

Yes/ Sí No Unsure/ No estoy seguro

Was a blood count or hemoglobin level checked?/

¿Se revisó el conteo sanguíneo o el nivel de hemoglobina?

Yes/ Sí No Unsure/ No estoy seguro

Has your child ever had any of these assessments done EVER BEFORE? If yes, list AGE of MOST RECENT test/

¿Se le ha realizado alguno de estos análisis a su hijo/a ALGUNA VEZ? De ser así, anote la EDAD de la prueba MÁS RECIENTE:

Sleep study/ <i>Estudio del sueño</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No	Age/ <i>Edad:</i> _____	Celiac screening/ <i>Detección de enfermedad celíaca</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No	Age/ <i>Edad:</i> _____
Hearing / audiology test/ <i>Prueba de audición/audiometría</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No	Age/ <i>Edad:</i> _____	Cervical spine x- rays/ <i>Radiografías de la columna cervical</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No	Age/ <i>Edad:</i> _____
Vision / ophthalmology test/ <i>Prueba de visión/oftalmológica</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No	Age/ <i>Edad:</i> _____	EEG/ <i>Electroencefalograma (EEG)</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No	Age/ <i>Edad:</i> _____
Dental evaluation/ <i>Evaluación odontológica</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No	Age/ <i>Edad:</i> _____	Brain MRI/ <i>Imágenes de resonancia magnética del cerebro (MRI, por sus siglas en inglés)</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ Sí <input type="checkbox"/> No	Age/ <i>Edad:</i> _____

Is your child up to date with immunizations?/ Yes No Unsure

Se encuentra su hijo al día con sus vacunas? Sí No No se

Does your child receive the annual flu shot?/ Yes No Unsure

Recibe su hijo anualmente la vacuna de influenza? Sí No No se

Previous Medical Hospitalizations (and reasons for hospitalization, not including surgeries): _____

Historial Medico: hospitalizaciones previas (y la razón por estar internado en el hospital)

Previous surgeries: _____

Cirugía previas



Current Medications: _____

Medicamentos

Current Nutritional Supplements/Special Diet/

Suplementos nutricionales o dieta especial actual: _____

Allergies/ Alergias:

No Yes → **Medications/ Sí → Medicamentos:** _____ **Environmental/ Ambientales:** _____ **Foods/ Alimentarias:** _____

SECTION 9: CONGRATULATIONS!

SECCIÓN 9: ¡ENHORABUENA!

Thank you so much for taking the time to fill out this intake form – it will be immensely helpful in focusing your upcoming visit to cover the most important things you would like to discuss./

Muchas gracias por tomarse el tiempo de llenar este formulario de ingreso. Será de inmensa ayuda para enfocarnos en su próxima cita y cubrir los temas más importantes que usted desearía discutir.

Please list any additional comments or questions that you would the providers in the Down syndrome clinic to know about before the visit/

Por favor, comparte cualquier comentario o pregunta adicional de lo que le gustaría que los proveedores de salud de la clínica del Síndrome de Down sepanantes de su cita: _____