

Estimados padres:

Gracias por su interés en la Clínica del desarrollo infantil en el Hospital Infantil de VCU, Richmond. Por favor llene los formularios adjuntos para continuar con el proceso de registro. Siga los tres pasos siguientes para preparar su cita:

- 1) **Llame al 804-828-CHOR (2467) para registrarse como paciente nuevo si todavía no está registrado en el sistema.**
- 2) **Complete la información requerida en este paquete.**
- 3) **Cuando complete los documentos, entréguelos a CDC, a la dirección indicada más adelante. Además, debe entregar las copias de los informes que quiere que revisemos (informe escolar, pruebas psicológicas o educativas previas).**

**(Debe saber que no se hacen citas hasta que recibamos el paquete de información completo y sea revisado en la clínica)**

Le enviaremos una carta para comunicarle que hemos recibido y revisado su paquete. Si no recibe ninguna carta nuestra en las próximas tres semanas de la fecha en la que usted envió el paquete de vuelta, por favor comuníquese con nuestra oficina 804-827-2100. En la primera evaluación del niño se hará una evaluación total del desarrollo con uno de estos proveedores. Si es necesario hacer otras pruebas, se hablará de ello en la visita inicial.

**El CDC debe recibir los documentos de información completos antes de considerar a su hijo para una cita.** Le enviaremos una carta para confirmar que hemos recibido su documentación. Si no recibe la carta a las tres semanas de la fecha de envío, por favor, llame a nuestra clínica.

Esperamos verle pronto.

Atentamente,

Clínica de desarrollo infantil  
Children's Hospital de Richmond en VCU

Adjunto:

(1) CDC Paquete de información

**Envíe la información a esta  
dirección:**

**Child Development Clinic**

**2924 Brook Rd.**

**Richmond, VA 23220**

*Guarde esta carta para su información*

**Clínica de desarrollo infantil (CDC) Paquete de información**

Nombre del niño: _____	MRN: _____
Fecha de nacimiento: _____	Sexo: Fem <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Intersex <input type="checkbox"/>
	Pronombre: _____ <input type="checkbox"/> N/A
Dirección en la que el niño reside:	
Calle: _____	Ciudad, Estado, Código Postal: _____
Primera lengua hablada en la casa: _____	
Otra lengua(s) hablada: _____	

**Persona que completa este documento**

Nombre(s): _____
Relación con el niño (Madre/Padre/padre acogida/abuelo/tutor legal, etc.): _____
Calle: _____
Ciudad, Estado: _____ Condado: _____
Código Postal: _____
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

**Información de la escuela**

Escuela/Guardería: _____	Grado: _____			
Ciudad/Condado: _____				
Servicios: IEP ___	504 Plan ___	Habla ___	OT ___	PT ___
Fecha de IEP: _____	Fecha de 504: _____	Otro _____		

**Antecedentes de servicios recibidos**

Intervención Temprana o Programa rural de servicios infantiles (RISP) (enumere los servicios):  Lugar: _____
Otros servicios (terapia, ABA, etc.): _____
¿Ha participado su hijo antes en una evaluación del desarrollo? Sí ___ No ___ En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde? Envíe una copia para revisar _____

### Información médica

Médico de atención primaria:	Teléfono:
¿Su médico de atención primaria le ha derivado al CDD en VCU?	Sí ___ No ___
Proveedor que ha derivado (si es diferente del anterior):	
Diagnóstico previo (médico, psicológico, educacional):	
Medicamentos y dosis:	

### ¿Qué preguntas quisiera que esta evaluación contestara?

### Preocupaciones importantes

De mi hijo, me preocupa (*marque todo lo que sea relevante y enumere otras preocupaciones que tenga*)

<input type="checkbox"/> Impulsividad y/o hiperactividad <input type="checkbox"/> Periodo corto de atención <input type="checkbox"/> Agitación <input type="checkbox"/> Concentración <input type="checkbox"/> Habilidades organizativas	<input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad/miedo <input type="checkbox"/> Ira <input type="checkbox"/> Irritabilidad <input type="checkbox"/> Autorregulación <input type="checkbox"/> Autoestima baja <input type="checkbox"/> Tristeza <input type="checkbox"/> Cambios de humor <input type="checkbox"/> Autoestimulación (balanceo, movimiento cabeza, etc.)	<input type="checkbox"/> Rabieta/ pataletas <input type="checkbox"/> Agresión física o verbal <input type="checkbox"/> Desafío <input type="checkbox"/> Acosa a otros <input type="checkbox"/> Actividad sexual inusual <input type="checkbox"/> Daño a la propiedad <input type="checkbox"/> Vandalismo <input type="checkbox"/> Se resiste al cambio <input type="checkbox"/> Modelos de comportamiento repetitivos o restrictivos	<input type="checkbox"/> Se queda dormido <input type="checkbox"/> No duerme <input type="checkbox"/> Pesadillas <input type="checkbox"/> Agitación <input type="checkbox"/> Rechinar dientes <input type="checkbox"/> Caminar dormido <input type="checkbox"/> Terrores nocturnos <input type="checkbox"/> Se cae de la cama
<input type="checkbox"/> Escucha <input type="checkbox"/> Comprensión o procesa <input type="checkbox"/> Habilidades motoras finas o gruesas <input type="checkbox"/> Lenguaje (no verbal, retraso) <input type="checkbox"/> Movimiento de manos <input type="checkbox"/> Camina de puntillas <input type="checkbox"/> Comportamiento alimentación	<input type="checkbox"/> Relaciones con otros <input type="checkbox"/> Interacciones sociales limitadas <input type="checkbox"/> Parece indiferente <input type="checkbox"/> Falta de respuesta a su nombre cuando lo llaman <input type="checkbox"/> Contacto visual limitado <input type="checkbox"/> Aversión al ruido	<input type="checkbox"/> Razonamiento/resolver problemas <input type="checkbox"/> Habilidad para aprender/problemas en escuela o guardería <input type="checkbox"/> Imitación limitada de sonidos, palabra o modelos <input type="checkbox"/> Dificultad para escribir el alfabeto o números	<input type="checkbox"/> Sentido del peligro limitado <input type="checkbox"/> Sin respuesta al dolor <input type="checkbox"/> Transición a la madurez <input type="checkbox"/> Seguridad (fugas, autolesionarse, ideas de suicidio)

Otras: \_\_\_\_\_

**Fortalezas**  
(¿En qué es bueno su hijo?)

---



---



---

¿Ha habido cambios importantes en la vida de su hijo en los 2 últimos años?  
(mudanzas, cambio económicos, divorcio o separación, problemas médicos, muerte de un familiar, sucesos traumáticos, etc.)

---



---

**Etapas del desarrollo**

*Anote la edad aproximada en al que su hijo hizo las siguientes actividades con consistencia:*

<b>Actividad:</b> Darse la vuelta Sentarse solo Gatear Caminar Correr	<b>Edad:</b> N/A meses: _____ <input type="checkbox"/> meses: _____ <input type="checkbox"/> meses: _____ <input type="checkbox"/> meses: _____ <input type="checkbox"/> meses: _____ <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> Sonreír Balbucear Dijo la primera palabra Frasas de dos palabras Instrucciones de un paso Señala dibujos Reconoce partes del cuerpo Dice el nombre completo Dice la edad	<b>Edad:</b> N/A meses: _____ <input type="checkbox"/> meses: _____ <input type="checkbox"/> meses: _____ <input type="checkbox"/> meses: _____ <input type="checkbox"/> meses: _____ <input type="checkbox"/> meses: _____ <input type="checkbox"/> meses: _____ <input type="checkbox"/> años: _____ <input type="checkbox"/> años: _____ <input type="checkbox"/>
<b>Actividad:</b> Buscar objetos pequeños Comer solo con las manos Beber de un vaso Comer solo con cuchara Desvestirse Vestirse solo No usar pañal	<b>Edad:</b> N/A meses: _____ <input type="checkbox"/> meses: _____ <input type="checkbox"/> meses: _____ <input type="checkbox"/> meses: _____ <input type="checkbox"/> años: _____ <input type="checkbox"/> años: _____ <input type="checkbox"/> años: _____ <input type="checkbox"/>	<b>Actividad:</b> Sigue su mirada Señala el objeto que quiere Le lleva un objeto Señala lo que le interesa Pretende jugar	<b>Edad:</b> N/A meses: _____ <input type="checkbox"/> meses: _____ <input type="checkbox"/> meses: _____ <input type="checkbox"/> meses: _____ <input type="checkbox"/> años: _____ <input type="checkbox"/>

### Antecedentes familiares

*Si un familiar biológico del niño tiene algo de los siguiente, marque lo que corresponda:*

	<i>Madre</i>	<i>Padre</i>	<i>Hermano</i>	<i>Otro</i>
Discapacidad de aprendizaje o intelectual				
Convulsiones				
ADHD o ADD				
Retraso en el lenguaje o habla				
Trastorno del espectro del autismo				
Depresión				
Ansiedad				
Trastorno de estrés postraumático (PTSD)				
Trastorno bipolar o esquizofrenia				
Trastorno por consumo de drogas				
Problemas de tiroides				
Enfermedad cardíaca				
Cáncer				
Diabetes				
Otro (Especifique):				

**Envíe por correo el paquete de información completo al CDC de VCU**

**Incluya: (1) Formulario de ingreso y (2) Copias de pruebas o evaluaciones anteriores**