



Servicios de terapia ambulatorios
 Apéndice de alimentación multidisciplinario pediátrico
 Outpatient Therapy Services
 Multidisciplinary Pediatric Feeding Addendum

FVN
 CMC77454-001NS Rev. 4/2017

INFOMACIÓN DE DESARROLLO

¿Le han diagnosticado a su niño una discapacidad de desarrollo o problemas de comportamiento? Sí No (e.j. TDA / THDA , trastorno del cuadro autista, comportamiento opositor o violento, retraso del habla o motriz, problemas sensoriales o de aprendizaje, etc.)

Fecha de evaluación / diagnóstico	Tipo de evaluación	Resultados / Diagnóstico	Nombre del médico / Evaluador

Por favor, apunte la edad aproximada a la que su niño fue capaz de:

Sentarse solo/a		Gatear		Ir al baño solo	
Caminar solo/a		Decir sus primeras palabras		Habló en oraciones	
Caminar con apoyo		Acuilillarse para jugar		Caminar independientemente	

¿Va su niño a la escuela, a un programa de intervención temprana, guardería u otra actividad de la comunidad?

Nombre de las instalaciones	Fecha de inscripción	Qué tan seguido

Por favor anote cualquier terapia o servicios de apoyo que su niño recibe actualmente o haya recibido en el pasado (ej. terapia del habla, terapia ocupacional, terapia física, terapia de alimentación ABA / terapia de comportamiento, centro regional, intervención temprana, psicología)

Fecha de tratamiento	Programa de tratamiento / terapeuta / especialista	Problemas atendidos	Razón por la cese del tratamiento
De: _____ A: _____			
De: _____ A: _____			
De: _____ A: _____			
De: _____ A: _____			

HISTORIAL ALIMENTICIO
 ¿Colabora su niño actualmente con un dietista? Sí No
 Favor de anotar en nombre, qué tan seguido y las metas si aplican: _____

¿Qué modos de alimentación usa actualmente o ha usado en el pasado?

Método de alimentación	Edad a la que se le dió introdujo / ¿Cuánto tiempo?	Cualquier problema que haya notado / Comentarios
<input type="checkbox"/> Amamantamiento		
<input type="checkbox"/> Alimentación por biberón		
<input type="checkbox"/> Alimentarse por su cuenta con los dedos		
<input type="checkbox"/> Cuchara		
<input type="checkbox"/> Tenedor		
<input type="checkbox"/> Cuchillo		
<input type="checkbox"/> Beber con popote		
<input type="checkbox"/> Taza con tapa entrenadora		
<input type="checkbox"/> Taza abierta		
<input type="checkbox"/> Sonda:(marque una) Sonda G Sonda NG Sonda NJ		
<input type="checkbox"/> Otro:		

Clave: Sonda G = sonda de gastronomía sonda NG = sonda nasogástrica; sonda NJ = sonda nasoyeyunal ; ABA (por sus siglas en inglés) = análisis aplicado de comportamiento ; DTA = trastorno de déficit de atención; THDA = trastorno de hiperactividad con déficit de atención, cda. = cucharada; oz = onzas; mL = mililitro; etc = y así; GI = gastrointestinal



Servicios de terapia externos
Apéndice de alimentación
multidisciplinario pediátrico
 Outpatient Therapy Services
 Multidisciplinary Pediatric
 Feeding Addendum

FVN
 CMC77454-001NS Rev. 4/2017

¿Qué fórmula(s) son las que su niño ingiere por la boca actualmente? _____

¿Qué fórmula(s) son las que su niño ingiere por sonda de alimentación actualmente? _____

¿Cuál es la receta para preparar su fórmula? _____

Cantidad de formula dada (onzas o calorías por día/peso del niño en libras) _____

Por favor describa el horario de alimentación de su niño: _____

Por favor marque las casillas que describan la ingesta actual de su niño de cada uno de los tipos de comidas a continuación:

CONSISTENCIA	Sí come	Puede comer	No puede comer	No come	Nunca trató	Comentarios
Líquido regular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Líquido espeso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Comida para bebé etapa 1 o 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Comida preparada en licuadora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Molida o para bebé etapa 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Comida en puré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Comida picada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Comida normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Comida crujiente (galletas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Comida Dura (carne)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Comida crujiente (zanahoria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Por favor señale varias comidas, sabores, texturas que favorece / le gustan o disgustan / le son difíciles:

Favoritas / Que prefiere / Fáciles	Le disgustan / Rechaza / Difíciles
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Cómo le dice su niño/a a usted que tiene hambre? _____

¿Normalmente quién alimenta a su niño? _____

¿Qué otros individuos alimentan a su niño? ¿Cuál es su parentesco con su niño? _____

¿Normalmente dónde alimentan a su niño?

- Sobre las piernas
 Mesa / silla
 Periquera
 Plataforma / Habitación
 En un asiento infantil
 Piso
 Sillón
 Otro: _____

Describa el ambiente / ubicación: _____

¿Típicamente cuánto duran las comidas? _____

¿En una comida habitual cuánta comida es su niño capaz de terminar? _____



Servicios de terapia externos
Apéndice de alimentación
multidisciplinario pediátrico
 Outpatient Therapy Services
 Multidisciplinary Pediatric
 Feeding Addendum

FVN
 CMC77454-001NS Rev. 4/2017

Por favor marque cualquier comportamiento que le preocupe. Por favor dibuje un círculo alrededor de los comportamientos que más le preocupen.

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Come muy rápido | <input type="checkbox"/> Come objetos no comestibles | <input type="checkbox"/> Vomita | <input type="checkbox"/> Rechaza la comida (la aleja) |
| <input type="checkbox"/> Come mucho | <input type="checkbox"/> Usa el biberón | <input type="checkbox"/> Babea | <input type="checkbox"/> No logra succionar |
| <input type="checkbox"/> Se niega a abrir la boca | <input type="checkbox"/> Reflujo | <input type="checkbox"/> Hace un desorden | <input type="checkbox"/> Tira / avienta comida |
| <input type="checkbox"/> Escupe comida | <input type="checkbox"/> Come muy poco | <input type="checkbox"/> Deja la mesa | <input type="checkbox"/> Lloro o hace berrinches |
| <input type="checkbox"/> Rechaza la comida (se voltea) | <input type="checkbox"/> No logra masticar la comida | <input type="checkbox"/> Come muy lento | <input type="checkbox"/> Juega con la comida |
| <input type="checkbox"/> Se niega a tragar la comida | <input type="checkbox"/> Se ahoga | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Es remilgoso |
| <input type="checkbox"/> Esconde o roba comida | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Por favor marque cualquier técnica que haya usado para hacer que su niño coma. Por favor dibuje un círculo alrededor de los comportamientos que más le preocupen.

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Amenazas | <input type="checkbox"/> Alimentar a la fuerza | <input type="checkbox"/> Ejemplos | <input type="checkbox"/> Limitar comidas |
| <input type="checkbox"/> Persuasión | <input type="checkbox"/> Ofrecer otra comida | <input type="checkbox"/> Nalgadas | <input type="checkbox"/> Ofrecer comidas pequeñas |
| <input type="checkbox"/> Ofrecer recompensa | <input type="checkbox"/> Distracción con juegos / juguetes | <input type="checkbox"/> Elogios | <input type="checkbox"/> Ignorar |
| <input type="checkbox"/> Castigo | <input type="checkbox"/> Cambio de horario de comida | <input type="checkbox"/> Uso de TV / Video | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

¿Cuáles son sus metas para la terapia? (marque todas las que apliquen)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aumentar la cantidad de comida | <input type="checkbox"/> Disminuir/eliminar uso de sondas | <input type="checkbox"/> Disminuir el vómito por comer |
| <input type="checkbox"/> Aumentar la variedad de comidas | <input type="checkbox"/> Tolerancia de comidas con textura | <input type="checkbox"/> Resolver reflujo u otros problemas GI |
| <input type="checkbox"/> Mejorar comportamientos al comer | <input type="checkbox"/> Mejorar habilidades motoras orales | <input type="checkbox"/> Disminuir atragantamiento al comer |
| <input type="checkbox"/> Aumentar de peso | <input type="checkbox"/> Otra: _____ | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

COMENTARIOS ADICIONALES

Por favor anote cualquier información adicional que usted sienta es importante para la evaluación y tratamiento de su niño: _____
