



Unidad Intermedia Carbon Lehigh #21 [CLIU #21]

4210 Independence Drive
Schnecksville, PA 18078-2580

Gregory S. Koons, Ed.D.
Director Ejecutivo

Kimberly A. Talipan
Asistente del Director Ejecutivo

610-769-4111
800-223-4821
Fax 610-769-1290
www.cliu.org

 facebook.com/CarbonLehighIntermediateUnit21

 @CLIU21

 youtube.com/user/CarbonLehigh

Formulario de Admisión de Alimentación y Deglución (Completado por el Padre)

El Nombre del Niño: _____ Fec. Nac.: _____

Fecha: _____

HISTORIA DE NACIMIENTO

Peso de nacimiento: _____

¿Embarazo a término completo? Sí No

¿Sí no, ¿cuántas semanas de gestación? _____

¿Problemas durante el embarazo? Sí No

En caso afirmativo, describa:

¿Problemas inmediatamente después del nacimiento? Sí No

En caso afirmativo, describa:

HISTORIAL MÉDICO

Diagnóstico: _____

Médico de Atención Primaria: _____

Otros Médicos que tratan al niño: _____

¿Paladar hendido u otras anomalías craneofaciales? Sí No

¿Dificultades respiratorias? Sí No

En caso afirmativo, describa:

Ayudar a los Niños a Aprender

“CLIU es una agencia de servicio comprometidos a Ayudar a los Niños a Aprender.”

El Nombre del Niño:

HISTORIA MÉDICA (continuación)

¿Alergias (Alimentos / Medio Ambiente)? Sí No

En caso afirmativo, describa:

¿Neumonía? Sí No

En caso afirmativo, describa:

¿Problemas cardíacos? Sí No

En caso afirmativo, describa:

¿Convulsiones? Sí No

En caso afirmativo, describa el tipo, la frecuencia y la medicación:

¿Cirugías? Sí No

En caso afirmativo, describa:

¿Hospitalizaciones? Sí No

En caso afirmativo, describa:

¿Medicamentos? Sí No

En caso afirmativo, describa:

HISTORIAL DE DESARROLLO (Por favor, indique las edades)

Sentado sin apoyo: _____ Rastreo: _____

Estando solo: _____ Para caminar: _____

HISTORIA DE ALIMENTACIÓN

¿El niño fue amamantado? Sí No

¿Fue alimentado el niño a través de un tubo de alimentación? Sí No

¿Si es así, por cuanto tiempo? _____

El Nombre del Niño:

HÁBITOS ALIMENTICIOS

¿Qué come su hijo en un día típico? Enumere los principales alimentos y cantidades por comida.

Desayuno:

Bocado
Matutino:

Almuerzo:

Merienda
en la Tarde:

Cena:

Merienda
en la noche:

¿Cuánto tiempo le toma a su hijo terminar una comida?

¿Cuáles son las comidas y consistencias favoritas de su hijo?

¿Qué alimentos / consistencias le disgusta / evita su hijo?

¿En qué posición se siente más cómodo comiendo su hijo? (Por favor marque todos los que apliquen.)

- Silla alta Silla a la mesa En pie Regazo
 Acostado Otro: _____

¿Qué utensilios se han introducido? Por favor, indique a qué edad. (Por favor marque todos los que apliquen.)

- Chupete Botella Dedos Cuchara Tenedor
 Taza de Entrenamiento Paja Copa Regular Vaso

¿Se está utilizando algún equipo adaptativo durante la alimentación? Sí No

En caso afirmativo, describa:

Si su hijo no usa una botella, ¿cuándo pasaron a la taza? _____

¿Su hijo se autoalimenta? Sí No

¿A qué edad comenzó su niño a alimentarse por sí mismo? _____

Si su hijo es dependiente de la alimentación, ¿cuánto tiempo dura una alimentación típica? _____

¿Qué tipo de alimentos come su niño regularmente? Por favor, indique a qué edad. (Por favor marque todos los que apliquen.)

- La leche materna Fórmula Líquidos Finos Líquidos espesados
 Comida hecha puré Comida de mesa puré Comida de mesa picada Comida de mesa regular
 Otro: _____

El Nombre del Niño: _____

Hábitos Alimenticios (continuación)

Si su hijo está comiendo sólidos, ¿a qué edad se introdujo la comida sólida? _____

¿Su hijo toma algún suplemento nutricional? Sí No

En caso afirmativo, indique el producto, el monto y la frecuencia.

¿Cómo sabes cuando tu hijo tiene hambre? _____

¿Cómo sabes cuando tu hijo está lleno? _____

¿Su hijo está perdiendo peso? Sí No

¿Su hijo tiene problemas para subir de peso? Sí No

¿Le han diagnosticado a su hijo reflujo u otros problemas gastrointestinales? Sí No En caso afirmativo, ¿qué diagnóstico?:

¿Su hijo ha tenido estudios de fluoroscopia / deglución? Sí No

¿Si sí, cuándo? _____

¿Ha tenido su hijo terapia / intervención de alimentación previa? Sí No

Si es así, ¿cuándo y dónde? _____

¿Su hijo tiene movimientos intestinales regulares? Sí No

¿Alguna otra preocupación?

Marque cualquier comportamiento que se aplique a su hijo durante las comidas. (Por favor marque todos los que apliquen.)

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asfixia | <input type="checkbox"/> Bolsillo de comida en la boca | <input type="checkbox"/> Comida o líquido que sale de la nariz | <input type="checkbox"/> Dificultad para tragar |
| <input type="checkbox"/> Come demasiado | <input type="checkbox"/> Come muy poco | <input type="checkbox"/> Quisquilloso, irritable | <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar |
| <input type="checkbox"/> Escupiendo comida | <input type="checkbox"/> Arcadas | <input type="checkbox"/> Empujando la comida | <input type="checkbox"/> Respiración ruidosa |
| <input type="checkbox"/> Llorando | <input type="checkbox"/> Calidad mojada para voz | <input type="checkbox"/> Sosteniendo comida en la boca | <input type="checkbox"/> Quedarse dormido |
| <input type="checkbox"/> Negarse a comer | <input type="checkbox"/> Stiffening | <input type="checkbox"/> Vomitando | <input type="checkbox"/> Cierre de boca |
| <input type="checkbox"/> Hiperextensión | <input type="checkbox"/> Cabeza girando | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

¿Su hijo demuestra comportamientos negativos durante la hora de la comida? (Por favor marque todos los que apliquen.)

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Toma comida del plato de otra persona | <input type="checkbox"/> Problemas para masticar | <input type="checkbox"/> Problemas para tragar | <input type="checkbox"/> Escupe la comida |
| <input type="checkbox"/> Deja la mesa antes de hacer | <input type="checkbox"/> Negarse a comer | <input type="checkbox"/> Comedor sucio | <input type="checkbox"/> Lanza comida |
| <input type="checkbox"/> Problemas con la autoalimentación | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

¿Su hijo todavía usa un chupete? Sí No

¿A su hijo no le gusta que lo toquen la boca? Sí No

¿Su hijo babea? Sí No

Si es así, ¿con qué frecuencia? Infrecuente De vez en cuando

¿Qué parece ayudar (o no ayudar) a su hijo durante la hora de la comida?