

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Fecha de examen: \_\_\_\_\_  
No. de expediente médico

## CUESTIONARIO DE ADMISIÓN: NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA

Fecha de la cita: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Edad del paciente (en años y meses) \_\_\_\_\_ Escuela y grado del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre completo, dirección y teléfono del pediatra: \_\_\_\_\_

Por favor, explique brevemente la razón de esta visita y lo que espera de la misma. ¿Qué problemas ha notado? ¿Qué ha pensado o ha hecho su pediatra? ¿Qué han dicho los maestros o el personal de la escuela? \_\_\_\_\_

### **REVISIÓN DE SISTEMAS:**

Por favor indique si su hijo/a tiene síntomas o enfermedades que afecten alguno de los siguientes sistemas de órganos:

Cardíaco/ circulatorio: \_\_\_\_\_

Renal/ urinario: \_\_\_\_\_

Hematológico: \_\_\_\_\_

Visual: \_\_\_\_\_

Pulmonar: \_\_\_\_\_

Dermatológico: \_\_\_\_\_

Musculoesquelético: \_\_\_\_\_

Oídos/Nariz/Garganta: \_\_\_\_\_

Gastrointestinal: \_\_\_\_\_

Endocrinológico: \_\_\_\_\_

Inmunológico: \_\_\_\_\_

### **ANTECEDENTES NEUROLÓGICOS**

Indique si su hijo/a tiene alguna de las siguientes afecciones y anote las fechas en que ocurrieron:

Convulsiones \_\_\_\_\_

Tics nerviosos \_\_\_\_\_

Lesión en la cabeza con pérdida del conocimiento: \_\_\_\_\_

Meningitis u otras infecciones cerebrales o de la médula espinal: \_\_\_\_\_

**HOSPITALIZACIONES:** \_\_\_\_\_

**CIRUGÍAS:** \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE** (Indique las dosis) \_\_\_\_\_

**ALERGIAS:** \_\_\_\_\_

**DIETA** (Elija una): Habitual \_\_\_\_\_ Medicamente restringida (por ejemplo: intolerancia a la lactosa) \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Fecha de examen: \_\_\_\_\_  
 No. de expediente médico \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DEL NACIMIENTO:**

¿Adoptó a este niño cuando era un bebé? \_\_\_\_ De ser así, ¿a qué edad? \_\_\_\_\_  
 Lugar de nacimiento del niño \_\_\_\_\_ Peso al nacer \_\_\_\_\_  
 Edad de la madre al nacer el bebé \_\_\_\_\_ Duración del embarazo \_\_\_\_\_ semanas  
 Medicamento(s) tomados en el embarazo \_\_\_\_\_

Antecedentes de abortos espontáneos o nacimientos prematuros \_\_\_\_\_

Tipo de trabajo de parto (marque uno con un círculo) *espontáneo* *inducido*  
 Duración del trabajo de parto \_\_\_\_\_

¿A qué edad fue el bebé a la casa? \_\_\_\_\_

Tipo de parto (marque con un círculo) *vaginal* *cesárea*  
 Respuesta del bebé (marque una) *respiró espontáneamente* *requirió reanimación*  
 Cuidado del recién nacido (marque uno con un círculo)  
*sala común de recién nacidos* *sala de atención especial de recién nacidos*

¿Hubo alguna complicación en el parto? (es decir convulsiones, lesión de nacimiento, etc.) \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DEL DESARROLLO**

Indique la edad aproximada en la cual ocurrió cada una de estas etapas del desarrollo. Si no se acuerda, indique "normal" o "tarde".

<u>Desarrollo de la motricidad gruesa</u>		<u>Desarrollo del lenguaje</u>	
Levanta la cabeza	Edad _____	Balbucea	Edad _____
Se da vuelta	Edad _____	Dice específicamente	
Se sienta con ayuda	Edad _____	MaMá/PaPá	Edad _____
Trata de pararse	Edad _____	Dice palabras sueltas	Edad _____
Gatea		Combina dos palabras	Edad _____
Camina bien	Edad _____	Reconoce colores	Edad _____
		Da el alfabeto	Edad _____
		Cuenta hasta diez	Edad _____
		<u>Desarrollo social</u>	
<u>Desarrollo de la motricidad fina</u>		Sonríe como respuesta	Edad _____
Trata de alcanzar objetos	Edad _____	Juega al "Peek-a-Boo"	Edad _____
Pasa objetos de una mano a la otra	Edad _____	Es inicialmente tímido con	
Agarra con oposición del pulgar	Edad _____	los extraños	Edad _____
Hace garabatos	Edad _____	Imita las tareas de la casa	Edad _____
Forma letras	Edad _____	Se viste por sí mismo	Edad _____

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

Indique si algún miembro de la familia tiene los siguientes diagnósticos y cuál es el parentesco con el niño:

Hiperactividad o trastorno por déficit de atención _____	Convulsiones/ Epilepsia _____
Problemas escolares o de aprendizaje _____	Tics nerviosos _____
Problemas del habla o el lenguaje _____	Depresión/ Enfermedad psiquiátrica _____
Retraso mental _____	Trastorno del sueño _____
Migrañas _____	

**ANTECEDENTES SOCIALES**

Edad y ocupación del padre: \_\_\_\_\_  
 Edad y ocupación de la madre: \_\_\_\_\_

El menor recide con: (marque uno con un círculo)      Madre                                  Padre                                  Ambos

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Fecha de examen: \_\_\_\_\_  
No. de expediente médico

Edad de los hermanos, de haberlos \_\_\_\_\_  
Edad de las hermanas, de haberlas: \_\_\_\_\_  
Escuela y grado a que asiste el niño: \_\_\_\_\_  
Actividades extracurriculares favoritas del niño: \_\_\_\_\_

---

### **CUESTIONARIO SOBRE CONDUCTA**

Por favor, marque todas las descripciones que se apliquen a su niño:

- \_\_\_ 1. No tiene buen uso de conductas no verbales (mirar a los ojos, expresión facial, posturas corporales y gestos) para regular la interacción social.
- \_\_\_ 2. No ha desarrollado relaciones con compañeros ni con otros niños de su edad o nivel de desarrollo.
- \_\_\_ 3. No comparte espontáneamente entretenimientos, intereses o logros con otras personas (por ejemplo: mostrando, trayendo o señalando objetos de interés).
- \_\_\_ 4. No socializa ni interactúa con otros en el nivel emocional.

Comentarios, ejemplos o contraejemplos: \_\_\_\_\_

---

\_\_\_ 5. Tiene retraso o total falta de desarrollo del lenguaje hablado (no acompañado por un intento de compensar mediante modos de comunicación alternativos como gestos o mímica)

\_\_\_ 6. Si el lenguaje es adecuado, tiene una marcada dificultad para iniciar o mantener una conversación con otros.

\_\_\_ 7. Tiene un uso estereotipado o repetitivo del lenguaje o del lenguaje idiosincrásico.

\_\_\_ 8. Carece de juegos de fantasía variados y espontáneos o de juegos de imitación social adecuados para el nivel de desarrollo.

Comentarios, ejemplos o contraejemplos: \_\_\_\_\_

---

\_\_\_ 9. Tiene una preocupación previa que abarca todo con uno o más patrones de interés estereotipados y restringidos que es anormal en intensidad o foco.

\_\_\_ 10. Se adhiere de forma aparentemente inflexible a rutinas o rituales específicos no funcionales.

\_\_\_ 11. Tiene gestos motores estereotipados y repetitivos (por ejemplo: agitar o retorcer las manos o los dedos o movimientos complejos de todo el cuerpo).

\_\_\_ 12. Tiene una preocupación persistente con partes de objetos.

Comentarios, ejemplos o contraejemplos: \_\_\_\_\_

---

\_\_\_ 13. Tiene un retraso o funcionamiento anormal en la interacción social de aparición anterior a los 3 años de edad.

\_\_\_ 14. Tiene un retraso en el uso del lenguaje para la comunicación social de aparición anterior a los 3 años de edad. \_\_\_

\_\_\_ 15. Tiene un retraso o funcionamiento anormal en el juego simbólico o imaginativo de aparición anterior a los 3 años de edad.

16. ¿A qué edad estima que su hijo/a comenzó el desarrollo motor? \_\_\_\_\_

17. ¿A qué edad estima que su hijo/a comenzó el desarrollo del lenguaje? \_\_\_\_\_

18. ¿A qué edad estima que su hijo/a comenzó a tener la habilidad para resolver problemas? \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO ESCOLAR:** (Padres: completen la información siguiente).

- \_\_\_(a) A menudo no presta atención a los detalles o hace errores descuidados en la tarea escolar u otras actividades
- \_\_\_(b) A menudo tiene dificultad para mantener su atención en tareas o actividades de juego
- \_\_\_(c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla
- \_\_\_(d) A menudo no sigue las instrucciones y no termina la tarea escolar, tareas o responsabilidades en el lugar de trabajo (no se debe a que se opone o a que no entiende las instrucciones)
- \_\_\_(e) A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades
- \_\_\_(f) A menudo evita, le disgusta o es reacio/a a participar en tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como tareas escolares)
- \_\_\_(g) A menudo pierde cosas que son necesarias para llevar a cabo las tareas y actividades (es decir: juguetes, deberes, lápices, libros o herramientas)
- \_\_\_(h) A menudo se distrae fácilmente con estímulos externos
- \_\_\_(i) A menudo es olvidadizo/a en las actividades diarias
- \_\_\_(j) A menudo juguetea con las manos o los pies o no se queda quieto/a en el asiento
- \_\_\_(k) A menudo deja el asiento en el aula o en otras situaciones en donde se espera que permanezca sentado/a
- \_\_\_(l) A menudo corretea o se trepa en forma excesiva en situaciones en las que es inapropiado (en los adolescentes o los adultos puede estar limitado a sentimientos subjetivos de inquietud)
- \_\_\_(m) A menudo tiene dificultad para jugar o participar tranquilamente en actividades de esparcimiento
- \_\_\_(n) A menudo parece "no parar" o actúa como si "funcionase con un motor"
- \_\_\_(o) A menudo habla excesivamente
- \_\_\_(p) A menudo responde antes de que se haya terminado de hacer la pregunta
- \_\_\_(q) A menudo tiene dificultad para esperar su turno
- \_\_\_(r) A menudo interrumpe o importuna a otros (es decir: se inmiscuye en conversaciones o juegos)

• Al lado de cada ítem siguiente, indique con una marca el grado del problema.

	para nada	sólo un poco	bastante	mucho
• excitable, impulsivo	_____	_____	_____	_____
• llora fácilmente o con frecuencia	_____	_____	_____	_____
• inquieto en el "sentido de retorcerse"	_____	_____	_____	_____
• inquieto, nunca para	_____	_____	_____	_____
• destructivo	_____	_____	_____	_____
• no termina lo que empieza	_____	_____	_____	_____
• problemas de distracción o del tiempo que puede mantener la atención	_____	_____	_____	_____
• su humor cambia drásticamente o rápidamente	_____	_____	_____	_____
• se frustra fácilmente	_____	_____	_____	_____
• molesta a los otros niños	_____	_____	_____	_____

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Fecha de examen: \_\_\_\_\_  
No. de expediente médico

### **CUESTIONARIOS SOBRE DOLORES DE CABEZA**

1. ¿Hace cuánto tiempo que comenzaron los dolores de cabeza?  
\_\_\_\_\_
2. ¿Hay algunas cosas que los precipitan como comidas o actividades? (especifique)  
\_\_\_\_\_
3. ¿Tiene antecedentes familiares de migrañas? (de ser así, ¿quiénes? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. ¿Tiene antecedentes de marearse por viajar en coche? \_\_\_\_\_
5. ¿Cuánto duran generalmente los dolores de cabeza? (especifique un número de horas o días)
6. En los últimos 2 meses, ¿con qué frecuencia ha tenido dolores de cabeza (en dolores de cabeza por mes)? \_\_\_\_\_
7. Antes de eso, ¿con qué frecuencia tenía dolores de cabeza (en dolores de cabeza por mes)?  
\_\_\_\_\_
8. ¿Son los dolores de cabeza similares entre sí? \_\_\_\_\_
9. ¿Le duele la cabeza solamente de un lado? Sí No
10. ¿Son los dolores de cabeza de tipo punzante? Sí No
11. ¿Interfieren los dolores de cabeza con las actividades cotidianas? Sí No  
De ser así, ¿cómo? \_\_\_\_\_
12. ¿Empeoran los dolores de cabeza con las actividades físicas? Sí No
13. ¿Están los dolores de cabeza asociados con náuseas o vómitos? Sí No
14. Cuando le duele la cabeza, ¿tiene sensibilidad a la luz? Sí No
15. Cuando le duele la cabeza, ¿tiene sensibilidad al sonido? Sí No
16. ¿Tiene algún signo de advertencia que ocurre inmediatamente antes del dolor de cabeza (aura)? Sí No
  - a. De ser así, ¿son los síntomas del aura completamente reversibles? Sí No
  - b. De ser así, ¿se desarrolla el aura gradualmente durante más de 4 minutos? Sí No
  - c. ¿Dura el aura menos de 1 hora? Sí No
  - d. Cuando tiene el aura, ¿le aparece el dolor de cabeza dentro de 1 hora? Sí No
  - e. ¿Le causa el aura dificultad para hablar? Sí No
  - f. El aura, ¿incluye mareos? Sí No
  - g. El aura, ¿incluye que le suenen los oídos? Sí No
  - h. El aura, ¿incluye una disminución de la audición? Sí No
  - i. El aura, ¿incluye visión doble? Sí No
  - j. ¿Incluye el aura un modo de andar tambaleante? Sí No
  - k. ¿Incluye el aura adormecimiento, hormigueo o una disminución de la sensación? Sí No  
De ser así, ¿dónde? \_\_\_\_\_
  - l. ¿Incluye el aura una parálisis completa o parcial? Sí No  
De ser así, ¿dónde? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - m. ¿Incluye el aura un nivel reducido de conciencia? Sí No
17. ¿Se pueden distinguir 2 tipos de dolores de cabeza, migraña y tensión? Sí No

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Fecha de examen: \_\_\_\_\_  
 No. de expediente médico

**PARA PACIENTES QUE SE PIENSA QUE TIENEN TRASTORNOS DEL SUEÑO:  
DORMIR POR LA NOCHE**

	<u>Los días de semana</u>	<u>Los fines de semana / vacaciones</u>
• Hora de dormir (“se apagan las luces”):		
• Tiempo que tarda en dormirse:		
• Número promedio de veces que se despierta por noche		
• Hora en que se despierta en la mañana:		

**En la mañana su hijo/a frecuentemente**

• ¿le cuesta despertarse?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
• ¿se siente cansado/a / no descansado/a?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
• ¿parece irritable?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
• ¿tiene dolor de cabeza?	<b>Sí</b>	<b>No</b>

**Su hijo/a, ¿hace siestas regularmente?**

Sí  No

Si respondió “SÍ”

¿Cuántas siestas al día?

¿A qué hora toma la siesta?

¿Se siente descansado/a después de las siestas?

Sí  No

**¿Piensa que su hijo/a**

• tiene sueño durante el día?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
• dejó de crecer a un ritmo normal en algún momento desde que nació?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
• respira por la boca durante el día?	<b>Sí</b>	<b>No</b>

**Mientras su hijo/a duerme,**

• ¿ronca?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
• ¿respira en forma pesada o ruidosa?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
• ¿respira con dificultad?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
• ¿alguna vez deja de respirar?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
• ¿respira por la boca?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
• ¿tose frecuentemente?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
• ¿se levanta frecuentemente para orinar?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
• ¿moja la cama?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
• ¿se mueve frecuentemente?	<b>Sí</b>	<b>No</b>
• ¿patea o sacude las piernas con frecuencia?	<b>Sí</b>	<b>No</b>

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Fecha de examen: \_\_\_\_\_

No. de expediente médico

**Alguna vez su hijo/a,**

- |  |           |           |
|--|-----------|-----------|
| • ¿tiene molestias o dolor en las piernas en la noche?       | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
| • ¿tiene molestias o dolor en las piernas mientras descansa? | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
| • ¿tiene “dolores de crecimiento”?                           | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
| • ¿le pide que le dé masaje en las piernas?                  | <b>Sí</b> | <b>No</b> |

**Su hijo/a,**

- |  |           |           |
|--|-----------|-----------|
| • ¿ha tenido pesadillas que recuerda en la mañana? (si respondió “sí”: ¿a qué edad? _____) | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
|--|-----------|-----------|

**Su hijo/a,**

- |   |           |           |
|---|-----------|-----------|
| • ¿tuvo alguna vez un ataque de terror en la noche, en el que se sienta, grita y no lo recuerda en la mañana? (si respondió “sí”: ¿a qué edad? _____) | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
|---|-----------|-----------|

**Su hijo/a,**

- |   |           |           |
|---|-----------|-----------|
| • ¿caminó alguna vez dormido/a? (si respondió “sí”: ¿a qué edad? _____)                               | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
| • ¿comió o bebió alguna vez dormido/a?  | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
| • ¿perdió alguna vez fuerza en las piernas y se cayó mientras estaba excitado/a, riéndose o llorando? | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
| • ¿sintió alguna vez que no podía moverse al despertarse?   | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
| • ¿tuvo alguna vez sueños o imágenes de miedo cuando se iba a dormir o al despertarse?                | <b>Sí</b> | <b>No</b> |

**Su hijo/a,**

- |                                  |           |           |
|----------------------------------|-----------|-----------|
| • ¿"funciona mejor" a la mañana? | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
| • ¿"funciona mejor" a la noche?  | <b>Sí</b> | <b>No</b> |

**Su hijo/a,**

- |                                    |           |           |
|------------------------------------|-----------|-----------|
| • ¿tiene buen apetito a la mañana? | <b>Sí</b> | <b>No</b> |
|------------------------------------|-----------|-----------|

**Entre qué horas del día está su hijo/a**

- |                                     |       |
|-------------------------------------|-------|
| • más cansado/a / con más sueño     | _____ |
| • más alerta o físicamente activo/a | _____ |