

Formulario de Antecedentes de Lesión de la Cabeza / Cerebro (Edades 0-4)

Fecha de Hoy: _____

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento del Niño: _____

Persona que completa este formulario: _____ Relación con el Niño: _____

Accidentes: ¿Su niño ha estado en un accidente de coche, experimentó un ahogamiento o sofocación, dejó de respirar durante un minuto o más, o ha sufrido un golpe en la cabeza? Sí ____ No ____

Caídas: ¿Su hijo ha caído de una altura superior a 18 centímetros (por ejem: caído por las escaleras, rodó de una mesa para cambiar pañales, caído de los columpios, caído al subir o ha caído al montar un triciclo, bicicleta o monopatín) resultando en una caída o ha caído en un objeto que dió lugar a un golpe en la cabeza? Sí ____ No ____

Sala de Emergencia: ¿Su hijo (a) ha visitado el consultorio de un médico o sala de emergencia debido a una pérdida de la conciencia o golpe en la cabeza? Sí ____ No ____

Síntomas o Enfermedad: ¿Su niño (a) ha tenido convulsiones o pérdida de conciencia? Sí ____ No ____

Si la respuesta a cualquiera de las anteriores es **sí**, describa cuándo y lo que pasó: (Incluya, ¿cómo ocurrió y lo difícil que fué el golpe en la cabeza?)

Cambios: Fíjese en todos los cambios que note en el niño(a) después del incidente descrito anteriormente.

Marque todas las que apliquen:

Disminución de la fuerza ____

Disminución de coordinación o falta de equilibrio ____

Disminución en chupar/tragar ____

Disminución de la habilidad de levantar/sostener la cabeza ____

Disminución al sonreír/vocalizar ____

Disminución en el lenguaje/comunicación ____

Disminución de la tolerancia a la luz ____

Disminución del apetito ____

Se frota frecuentemente los ojos ____

Disminución de la habilidad de enfocar los ojos ____

Irritabilidad Extrema/Aumento del llanto ____

Tamaño desigual de las pupilas de los ojos ____

Inflamación de la Fontanela ____

Cambios en el sueño ____

Parece mareado o confundido ____

Actúa como si le duele la cabeza (dolor de cabeza) ____

Pérdida del conocimiento ____

Vómito ____ Enfermo del estómago ____

Estimación de la duración de cualquiera de los signos / síntomas anteriores:

Número de Minutos ____, Horas ____, Días ____, Semanas ____, Más tiempo ____



Esta publicación está financiada en parte por la subvención # H21MC06740 del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS), la Administración de Recursos y Servicios de Salud, Oficina de Salud Materna e Infantil. Los contenidos son responsabilidad exclusiva de los autores y no la posición oficial del DHHS.