



Programa para terapias dietéticas para la epilepsia Formulario de admisión

Nombre del niño:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Nombres de los padres:	
Fecha de nacimiento:	El día de hoy:
Dirección de casa:	
Número de teléfono:	Correo electrónico:
Seguro de salud:	
Número de miembro:	Número de grupo:
Transportista principal o seguro:	
Información de el Pedriata (nombre y número de teléfono):	
Neurólogo (nombre y número de teléfono):	
Farmacia (número de teléfono y ubicación):	

Historia del crecimiento

Peso del niño:	Altura:
¿Ha habido algún cambio reciente en el peso de su hijo? Si, explique por favor:	
¿Cómo describiría el nivel de actividad física de su hijo?	

Historia de medicina y vitamina/suplementos

Medicamentos que su hijo está tomando: <i>(Puede adjuntar una lista si lo prefiere)</i>				
Nombre	Dosis	Forma de la dosis	Tiempo	Fabricante

Dieta/Historia de Alimentos *(Por favor vea abajo si su hijo es exclusivamente alimentado con tubo)*

¿Cómo describiría el apetito habitual de su hijo?
<input type="checkbox"/> Estupendo <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Justa <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Inseguro <i>(exclusivamente alimentado por tubo)</i>
¿Cómo describiría el nivel de apertura del niño a probar nuevos alimentos? <i>(¿Es su niño un comedor "quisquilloso," solo dispuesto a comer ciertos alimentos?)</i>

¿Tiene su hijo alguna alergia, sensibilidades o problemas sensoriales relacionados con los alimentos? ¿Hay problemas con la masticación o la deglución? En caso afirmativo, por favor describa.



Children's National™

¿Utiliza su niño a:

Taza de sippy Taza regular Botella No bebe por sí mismo

Describe la dieta típica de un día (Alimentos y bebidas):

Desayuno-

Almuerzo-

Cena-

Aperitivos-

¿Su hijo asiste a la daycare o a la escuela? Si es así, ¿comen las comidas proporcionadas por la escuela o traen comida de su casa?

Historial entrenal del alimento

¿Qué tipo de tubo de alimentación tiene su hijo?

Gastrostomía Tubo nasogástrico Jejunostomía Otro: _____

¿Cuánto tiempo hace que su hijo tiene un tubo de alimentación?

¿Qué llevó a la colocación de este tubo?

Por favor, cuéntenos acerca de horario de alimentación de su hijo y de los flujos:

Nombre de fórmula	Tiempo	Cantidad de fórmula	Cantidad de agua
--------------------------	---------------	----------------------------	-------------------------

¿Hay algunas fórmulas que el niño no toleró?

¿Qué servicio de atención domiciliar usas para recibir tus suministros de alimentación? Indique los números de teléfono y fax:

¿Tenemos su permiso para ponernos en contacto con ellos sobre los cambios de fórmula o suministros? Sí No

Hábitos intestinales:

Normal Constipación Heces sueltas

Historia de convulsiones:

Medicamentos de convulsions anteriores (no mencionados anteriormente) y por qué suspendió (no efecto o efecto secundario):

Antecedentes medicos familiares:

enfermedad del corazón o apoplejía colesterol o lípidos altos cálculos renales