



Name/ Nombre _____

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

Johns Hopkins All Children's Hospital
Clinical Genetics/ Genética Clínica

Routine Follow-up Visit/ Consulta de seguimiento de rutina

Please complete the following questions as much as possible. Don't be concerned if you don't know some of the answers/ Complete las siguientes preguntas tanto como sea posible. No se preocupe si no sabe algunas de las respuestas.

Child's name/ El nombre del niño _____

Please list everyone who is attending visit today/ Sírvase indicar todas las personas que asisten a la consulta de hoy _____

Who lives at home with the child?/ ¿Quién vive en el hogar con el niño? _____

Interim Developmental History/ Historial del desarrollo provisional

Have there been any new concerns regarding the child's development, since the last visit/hospital discharge?/ ¿Ha habido alguna nueva preocupación con respecto al desarrollo del niño, desde la última consulta/alta hospitalaria? [] Yes/ Si [] No

Please describe any new developmental skills the child has learned since the last visit/hospital discharge (e.g., walking now, talking in sentences, rides a bike)/ Describa las nuevas habilidades de desarrollo que el niño ha aprendido desde la última consulta/alta hospitalaria (p. ej., caminar ahora, hablar mediante oraciones, andar en bicicleta)

Has the child lost any skills or abilities since the last visit/hospital discharge?/ ¿El niño ha perdido alguna destreza o habilidad desde la última consulta/alta hospitalaria? [] Yes/ Si [] No

Please provide information about the child's last developmental evaluation or IQ/developmental testing/ Proporcione información sobre la última evaluación de desarrollo o prueba de desarrollo intelectual del niño.

Date/ Fecha _____ Where? (Early Steps, School, Doctor's office, FIDLRs, etc.)/ ¿Dónde? (Primeros pasos, escuela, consultorio médico, FIDLR, etc.) _____

Results of testing/ Resultados de las pruebas _____

School information/ Información de la escuela

Child's school or daycare/ Escuela o guardería infantil del niño _____ Grade/ Grado _____

Does your child attend special classes or receive special help?/ ¿Su niño asiste a clases especiales o recibe ayuda especial? [] Yes/ Si [] No

If yes, specify/ En caso afirmativo, especifique _____

Name/ Nombre _____

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

■ School information *continued*/ Información de la escuela *continuación*

Does the child receive/ El niño recibe:

Physical therapy services?/ ¿Servicios de fisioterapia? Yes/ Si No

How often?/ ¿Con qué frecuencia? _____

Occupational therapy services?/ ¿Servicios de terapia ocupacional? Yes/ Si No

How often?/ ¿Con qué frecuencia? _____

Speech therapy services?/ ¿Servicios de terapia del habla? Yes/ Si No

How often?/ ¿Con qué frecuencia? _____

Please describe any progress in therapy (e.g., speech, physical) the child has made since the last visit/hospital discharge/ *Describe cualquier progreso en la terapia (p. ej., del habla, física) que el niño haya realizado desde la última consulta/alta hospitalaria* _____

■ Interim Medical History/ Historial médico provisional

Since the last visit/hospital discharge,/ *Desde la última consulta/alta hospitalaria,*

Has your child/ Su niño:		Result or Reason/ Resultados o motivo
Had an eye examination?/ ¿Ha tenido un examen ocular?	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Had a hearing test?/ ¿Ha tenido una prueba de audición?	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Been in the hospital overnight?/ ¿Ha permanecido en el hospital una noche?	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Had surgery?/ ¿Ha tenido una cirugía?	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Been diagnosed with a major medical condition?/ ¿Se le ha diagnosticado una condición médica importante?	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Had special tests or evaluations? (e.g., CT, MRI, ultrasound, echo, EEG, sleep study, swallow study, VCUG, X-rays, etc.)/ ¿Tuvo pruebas o evaluaciones especiales? (p. ej., TAC, IRM, ultrasonido, ecografía, electroencefalograma, estudio del sueño, estudio de deglución, cistouretrógrama, rayos X, etc.)	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	

Name/ Nombre _____

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

■ Interim Medical History *continued*/ Historial médico provisional *continuación*

Has your child/ Su niño:		Result or Reason/ Resultados o motivo
Currently taking medicines?/ ¿Actualmente está tomando medicamentos?	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Had any problems with eating?/ ¿Ha tenido problemas con la comida?	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Had any problems with sleeping?/ ¿Ha tenido problemas para dormir?	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	

Please list information about any specialists your child has seen since the last visit/hospital discharge/ **Sírvase brindar información sobre cualquier especialista que su niño haya visto desde la última consulta/alta hospitalaria.**

Doctor's Last Name/ Apellido del médico	Specialty (e.g., Neurology, GI, ENT, etc.)/ Especialidad (p. ej., neurología, gastroenterología, otorrinolaringología, etc.)	Reason or Problem for Seeing this Doctor/ Motivo o problema para ver a este médico	Date of Last Visit/ Fecha de Última consulta	Next Appointment/ Próxima cita

Does Child Have Any Complaints or Issues Regarding/ Su niño tiene alguna queja/problema con respecto a:	Please List/ Sírvase indicar	
Eyes/ Ojos	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Ears, nose, throat, and mouth/ Orejas, nariz, garganta y boca	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Lungs/chest/ Pulmones/pecho	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Heart/ Corazón	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	

Name/ Nombre _____

Date of Birth/ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

■ Interim Medical History *continued*/ Historial médico provisional *continuación*

Does Child Have Any Complaints or Issues Regarding/ Su niño tiene alguna queja/problema con respecto a:		Please List/ Sírvese indicar
Digestion/ Digestión	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Genitourinary system/ Sistema genitourinario	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Muscles/ Músculos	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Skeleton/ Esqueleto	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Neurological system/ Sistema neurológico	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Skin/ Piel	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Allergies/ Alergias	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Blood conditions/sickle cell disease/ Condiciones de la sangre/anemia de células falciformes	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	
Hormone problems or diabetes/ Problemas hormonales o diabetes	<input type="checkbox"/> Yes/ Si <input type="checkbox"/> No	

■ Family History/ Historial Familiar

Please describe any changes in the family (i.e., births, deaths, illnesses, serious medical problems, birth defects) which are new since the last visit/hospital discharge/ **Describe cualquier cambio nuevo en la familia (es decir, nacimientos, muertes, enfermedades, problemas médicos graves, defectos de nacimiento) desde la última consulta/alta hospitalaria.**

Name/ Nombre	Relationship to Child/ Relación con el niño	Problem/ Problema