

## VISITA DE SEGUIMIENTO

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente \_\_\_\_\_

Score ATEC más reciente \_\_\_\_\_ Fecha realizada \_\_\_\_\_

ATEC subscores: I:      II:      III:      IV:

Describa qué “cosas buenas” han sucedido desde su última visita:

Cuáles son sus inquietudes actuales (incluyendo problemas de comportamiento, agresión, autoperjudicial):

¿Cómo va la salud de su hijo/a desde nuestra última visita?

¿Ha visitado su hijo a otro proveedor de salud desde la última visita conmigo?

¿Hay problemas obvios con alergias (congestión nasal, ronquera, sueño intranquilo, zarpullidos)? ¿Están bien controlados los síntomas? Sírvase describir:

Describa los patrones de sueño de su hijo (¿problemas con conciliar el sueño?) ¿Permanecer dormido? ¿Cuán ansioso o agitado se siente su hijo? ¿Alguna ronquera? ¿Deja de respirar durante la noche? ¿Se despierta descansado? ¿Alguna fatiga al final de la tarde o hiperactividad?

¿Se mantiene su hijo generalmente en calma o muy hiperactivo? ¿Cuál de los dos?

¿Cómo ha venido desarrollándose el language de su jovencito? Sírvase describir los problemas de language expresivos o receptivos y si usted ha observado mejoría o no. ¿Si ha mejorado, qué ha ayudado?

¿Cómo es el contacto de los ojos de su hijo?

¿Algún problema con la sensibilidad en el sonido?

¿Sensibilidad a la luz?

¿Algún problema con transiciones?

¿Algunos cambios en su estado de ánimo?

¿Alguna dificultad en calmarse cuando se siente trastornado?

¿Cuán problemático es la ansiedad?

¿Algunos comportamientos repetitivos u obsesivos o del habla? Descríbalos.

Describa cómo están las heces de su hijo:

Frecuencia:

Consistencia:

Color:

Olor (fétido, normal, etc.):

Cantidad (grande o pequeña):

¿Entrenado para ir al baño? ¿Para defecar? ¿Para orinar?

¿Moja la cama?

Describa la dieta de su hijo:

¿Libre de gluten? ¿libre de caseína? ¿SCD o dieta específica de carbohidratos? ¿GAPS o dieta para el síndrome del intestino y la psicología? ¿Por cuánto tiempo?

Haga una lista de las fuentes de proteína:

Haga una lista de las fuentes de carbohidratos:

Haga una lista de las frutas y vegetales comunmente consumidos:

Haga una lista de lo que su hijo bebe:

¿Puede hacer pasar las píldoras su hijo? Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_

Sírvase hacer una lista de todos los medicamentos y complementos nutricionales con sus dosis, o revise todas las dosis en MyChart e indique las diferencias:

Terapia actual de desintoxicación: Sauna—Sí\_\_\_ No\_\_\_ Baño de sal

Epsom Sí\_\_\_No\_\_\_

Desintoxicación baño de pies Sí\_\_\_ No\_\_\_

¿Cualquier otra pregunta específica que tenga para esta visita?