

Formulario de Información del Cráneo
Short Hills Centro Craneal
748 Tpk Morris. Suite 203
Short Hills, NJ 07078
973-376-5077
www.shorthillscranialcenter.com

Historia:

1. ID _____ Fecha _____ hoy de nacimiento _____
2. Especialista principal _____
3. El peso al nacer _____ longitud _____ número de semanas desde el nacimiento _____
4. Tipo de parto: vaginal cesarean nalgas con fórceps aspiración
5. Tiempo prolongado en el canal del parto posición inusual del bebé en el útero
Si es así, tenga en cuenta la posición _____ único hijo múltiples
6. ¿Hubo algún problema durante el parto? _____
7. Hizo la cabeza del niño parece ser una forma normal? _____
8. Cuenta con un especialista craneofacial nunca evaluó al niño? Sí No
Nombre del especialista _____
9. ¿Qué procedimientos de diagnóstico se han completado en el bebé?
El examen clínico de la cabeza de rayos X CT MRI
10. Ha estado el bebé se sometieron a cirugía para la craneosinostosis? Sí No
Si es así, tenga en cuenta la fecha de la cirugía _____ ¿
Cuál fue la sutura involucrados? _____
Procedimiento _____

Evaluación del paciente / Posicionamiento

1. Activo (AROM) y pasivo (PROM) el rango de movimiento se encuentra dentro de los límites normales de la inclinación y la rotación de limitación en el derecho rotación rotación PROM izquierda derecho de inclinación tilt PROM PROM izquierda Limitación en el derecho de la rotación de la rotación de Arom Arom izquierda Arom inclinación izquierda Arom derecho de inclinación
2. ¿El bebé pasa largos períodos de tiempo en la misma posición que el mnths primeros? Sí No

En caso afirmativo, se relaciona esto con la posición para evitar enfermedades por reflujo u otro?

En caso afirmativo, ¿cuál era el estado de salud? _____

3. ¿El bebé pasa más de 4 horas / día en el asiento portabebés coche cochecito columpio
Marca de la marca de _____ del asiento de coche de paseo _____

4. ¿En qué posición adopta el bebé prefiere dormir? _____

5. Etapas del desarrollo: marque todas las que se aplican sobre la base de una observación clínica o informe médico.

Centros de la cabeza en la línea media en la sesión rueda de adelante hacia atrás rollos de atrás hacia delante se sienta de forma independiente por 5 minutos empuja el pecho del suelo llega a las manos y las rodillas arrastrándose recíproca ejército gatear cruceros toma medidas camina de forma independiente

6. agarre de la mano: simétrica derecho captar más fuerte a la izquierda captar más fuerte

Intervención Terapéutica

7. Programa de terapia Sí No En caso afirmativo, ¿cuántas veces / semana ____ todavía en la terapia? Sí No

8. Programa de reposicionamiento en casa Sí No Edad en el programa el tiempo comenzó a _____

9. Que siempre que el terapeuta programa Pediatra Especialista en Cuidador

10. ¿Su bebé ha sido diagnosticado con problemas de visión alguna? Sí No

11. ¿Su bebé ha sido diagnosticado con alguna alimentación o problemas en la mandíbula? Sí No

12. ¿Su bebé ha sido diagnosticado con algún problema de audición? Sí No

Evaluación de los padres

1. Padres de evaluación de la forma de la cabeza en la primera cita: date _____ Normal un poco anormal 2 moderadamente anormal y aceptable 3 Moderadamente anormal e inaceptable cuatro anomalías graves e inaceptables 5

2. Los padres la evaluación de la forma de la cabeza al final del tratamiento: fecha _____ Normal 1 2 ligeramente anormales anormales de forma moderada y aceptable 3 moderadamente anormal e inaceptable cuatro anomalías graves e inaceptables 5

3. Satisfacción de los padres WIH forma de la cabeza al final del tratamiento: Fecha: _____

Muy satisfecho 1

Moderadamente satisfecho 2

Ligeramente satisfecho 3

Ligeramente descontentos 4

Moderadamente o muy insatisfecho con la forma de la cabeza 5

Doy mi permiso para que estos datos sean utilizados para los estudios clínicos o presentaciones. Estos datos se mantendrán en una base de datos compatible con HIPAA y no será identificable.

Firma del tutor _____ Fecha _____

Firma del _____ Fecha ortopedista _____

Doy mi permiso para Short Hills Centro craneal utilizar cuadros clínicos de mi bebé para los estudios clínicos, presentaciones, comercialización u otros programas pertinentes a la de StarBand.

Firma del Guardián _____ date _____