

Herramienta de diagnóstico SAFE CHild: desde el nacimiento hasta los 3 años

Los niños pequeños corren un alto riesgo de sufrir lesiones cerebrales. La herramienta de diagnóstico SAFE CHild brinda información para ayudar a los profesionales a desarrollar e implementar las adaptaciones o los servicios adecuados.

¡Completar este formulario no constituye un diagnóstico de lesión cerebral para su hijo(a)! Si tiene inquietudes respecto de su hijo(a), comuníquese con su médico o con un educador.

Nombre del/la niño(a): _____		Fecha de nacimiento del/la niño(a): _____	Fecha actual: _____
Su parentesco con el/la niño(a): _____ Mi hijo(a) recibe servicios de intervención temprana a través del distrito escolar. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No La discapacidad de mi hijo(a) es: _____		Sexo del/la niño(a): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Raza del/la niño(a): <input type="checkbox"/> Afroamericana <input type="checkbox"/> Caucásica <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> Nativa americana <input type="checkbox"/> Otra _____			
Enfermedades (Sickness)	¿Ha tenido su hijo(a) convulsiones, fiebre alta (más de 104 °F), infección del cerebro o de la médula espinal (p. ej., meningitis o encefalitis) u otra enfermedad grave que afecte al cerebro?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____
Accidentes (Accidents)	¿Alguna vez su hijo(a): estuvo en un accidente automovilístico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No tuvo una experiencia cercana al ahogamiento o a la sofocación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No dejó de respirar durante un minuto o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No estuvo expuesto a una toxina (p. ej., plomo, monóxido de carbono)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No o recibió un golpe en la cabeza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____
Caídas (Falls)	¿Ha sufrido su hijo(a) una caída importante que tuviera como consecuencia un golpe en la cabeza (p. ej., de una escalera, de una mesa para cambiarle los pañales, de un equipo de juegos en el patio, o al trepar o andar en triciclo o patineta)?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____
Sala de emergencias (Emergency Room)	¿Ha necesitado su hijo(a) atención médica de emergencia por pérdida del conocimiento o un golpe en la cabeza?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuántas veces? _____
¿Cuál es el número total de posibles lesiones de su hijo(a)?			Total: _____
Conductas del/la niño(a) (CHild Behaviors)	Si respondió SÍ a cualquiera de las preguntas anteriores, ¿ha notado alguna de las siguientes conductas en su hijo(a) a partir del incidente? Marque todas las que correspondan: <input type="checkbox"/> Disminución de la fuerza <input type="checkbox"/> Disminución de la capacidad para succionar o tragar <input type="checkbox"/> Disminución en las sonrisas o vocalizaciones <input type="checkbox"/> Disminución de la tolerancia a la luz <input type="checkbox"/> Frotación frecuente de los ojos o la cabeza <input type="checkbox"/> Irritabilidad extrema <input type="checkbox"/> Otra _____ <input type="checkbox"/> Disminución en la coordinación <input type="checkbox"/> Disminución de la capacidad para levantar o sostener la cabeza <input type="checkbox"/> Disminución en el lenguaje o la comunicación <input type="checkbox"/> Disminución del apetito <input type="checkbox"/> Disminución de la capacidad para enfocar los ojos <input type="checkbox"/> Tamaño desigual de las pupilas		

Revisado en junio de 2013

El desarrollo de la *Herramienta de diagnóstico SAFE CHild* recibió apoyo, en parte, de la Subvención #H21MCO6758 de la Asociación para la Implementación sobre Traumatismo Craneoencefálico (TBI Implementation Partnership Grant) de la Oficina de Salud de la Madre y el Niño (Maternal and Child Health Bureau) de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services (DHHS)). Los autores asumen totalmente la responsabilidad del contenido y este no representa necesariamente la perspectiva oficial del DHHS. Entre los autores, se incluyen miembros del Grupo Operativo para Menores del Consejo Asesor de Nebraska sobre Lesiones Cerebrales (Task Force on Children and Youth of the Nebraska Brain Injury Advisory Council). **Este material es de dominio público. Reproducir y distribuir ampliamente.**