

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

Los niños pequeños corren un alto riesgo de sufrir lesiones cerebrales. La herramienta de diagnóstico SAFE CHild brinda información para ayudar a los educadores 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): _____ ¿Su hijo(a) recibe actualmente servicios de educación especial? <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 un equipo de juegos en el patio, o al andar en triciclo, bicicleta 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"/> Dolores de cabeza frecuentes o náusea <input type="checkbox"/> Frotación frecuente de los ojos <input type="checkbox"/> Sensibilidad a la luz o al sonido <input type="checkbox"/> Cambios en el nivel de actividad o cansancio rápido <input type="checkbox"/> Pérdida de habilidades que antes dominaba, como ir al baño o manipular objetos pequeños <input type="checkbox"/> Otra _____ <input type="checkbox"/> Problemas de coordinación, torpeza, pérdida del equilibrio o mareo <input type="checkbox"/> Irritabilidad extrema o mal humor <input type="checkbox"/> Disminución en el lenguaje o la comunicación <input type="checkbox"/> Cambios en los hábitos de alimentación o de sueño <input type="checkbox"/> Cambios en las conductas de juego <input type="checkbox"/> Cambios en el rendimiento escolar		

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.**