

Herramienta de diagnóstico SAFE CHild: grados 1 a 5

Los niños a quienes se envía a educadores o enfermeras de la escuela para recibir asistencia por problemas académicos, físicos o conductuales, a veces tienen un historial de posibles lesiones cerebrales. La herramienta de diagnóstico SAFE CHild brinda información para ayudar a los educadores a desarrollar e implementar las adaptaciones y 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 de hoy:
Su parentesco con el/la niño(a):		Sexo del/la niño(a): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Grado del/la niño(a): 1 2 3 4 5
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 _____			
¿Su hijo(a) recibe actualmente servicios de educación especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si es así, ¿cuál es la discapacidad de su hijo(a)?			
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 sufrió un golpe en la cabeza (p. ej., lesión deportiva o agresión)? <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 de una bicicleta, patineta o motocicleta)?	<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 desorientación, 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"/> Sensibilidad a la luz o al sonido <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes, náusea o zumbido en los oídos <input type="checkbox"/> Problemas de coordinación, torpeza o mareos <input type="checkbox"/> Conductas impulsivas o ataques de ira <input type="checkbox"/> Cambios en la visión <input type="checkbox"/> Cambios en los hábitos de sueño <input type="checkbox"/> Falta de energía o cansancio rápido <input type="checkbox"/> Otra _____		<input type="checkbox"/> Tristeza, ansiedad o irritabilidad <input type="checkbox"/> Dificultad con el trabajo escolar o pérdida de habilidades académicas que antes dominaba <input type="checkbox"/> Interacciones sociales limitadas con amigos o cambios en la personalidad <input type="checkbox"/> Pérdida de interés en actividad que antes disfrutaba <input type="checkbox"/> Problemas con la atención, la concentración, la organización, la memoria, las tareas múltiples o el inicio o la finalización de tareas	

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.**