**EVALUACIÓN PEDIÁTRICA PARA ATLETAS JOVENES SALUDABLES**

**Parte 1: Formulario Pre- Evaluación**

***A ser completado por un padre o tutor antes del evento de evaluación***

Estimado padre o tutor:

Ha recibido este documento de pre-evaluación que debe ser completada previamente como parte de su participación en la evaluación pediátrica de Atletas Jóvenes Saludables. La evaluación pediátrica de Atletas Jóvenes Saludables responde a las necesidades de atención médica y de desarrollo de su hijo. Esta evaluación brindará información, herramientas y referencias directas a proveedores y servicios de atención médica y otros relacionados de la comunidad local. Tiene como objetivo mejorar, mas no reemplazar, el apoyo y los servicios que recibe en la actualidad.

Esta evaluación y consulta forman parte del Programa [Atletas Jóvenes de Olimpiadas Especiales](https://www.specialolympics.org/our-work/inclusive-health/young-athletes). Independientemente de que su hijo haya participado en el Programa Atletas Jóvenes de manera regular o que sea la primera vez que asiste a un evento de Olimpiadas Especiales, le agradecemos por completar la información previamente a la evaluación.

Una vez que complete el cuestionario de evaluación previa, su información se compartirá con un Director Clínico designado en su Programa Local de Olimpiadas Especiales. En la evaluación pediátrica de Atletas Jóvenes Saludables, a usted y a su hijo se les realizará una evaluación y una consulta completas para abordar cualquier área de necesidad o brecha de atención o del desarrollo. Como resultado de la evaluación, se puede derivar a su hijo a un proveedor o especialista local para que haga un seguimiento. Las familias también recibirán información educativa adicional para favorecer la salud y el desarrollo continuo de sus hijos.

Sus respuestas a la evaluación previa nos ayudarán a explorar formas de promover las fortalezas de su hijo y su familia, así como a identificar posibles áreas de necesidad antes del evento de evaluación y consulta. Esta herramienta de evaluación se desarrolló para ***acompañarlo*** en su objetivo de brindarle lo mejor a su hijo.

Todas las respuestas a las preguntas de la evaluación previa y el evento de evaluación y consulta son opcionales. Proporcione la información con la que se sienta cómodo y, si no está seguro de cómo responder una pregunta, deje el espacio en blanco. El miembro del equipo o el voluntario de Olimpiadas Especiales que lo atienda durante la evaluación y la consulta en persona revisará con usted las preguntas que le resulten confusas, así como las áreas que requieran mayor análisis.

Olimpiadas Especiales le da la bienvenida a esta evaluación de las necesidades de salud y bienestar de su hijo. Todos los niños merecen la atención, el apoyo y los servicios de profesionales de atención médica calificados. Nuestro objetivo es trabajar con usted mientras transita por el sistema y brindarle apoyo constante para que su hijo tenga una vida activa larga y saludable.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Consentimiento para Participar*** | | |
| Olimpiadas Especiales ofrece ciertos servicios de atención médica no invasivos para los atletas a nivel local, estatal, nacional y en los Juegos Mundiales a través del Programa Atletas Saludables®. Estos servicios pueden incluir evaluaciones individuales del estado de salud y las necesidades de atención médica, proveer educación para la salud, brindar servicios preventivos de rutina (ej. Uso de protectores bucales), servicios educativos, y, en el caso de deficiencia visual o auditiva, proveer gafas o anteojos y ayudas auditivas. Los atletas son informados sobre su estado de salud y se les comunica de la necesidad de atención de seguimiento. Adicionalmente, la información recolectada durante las evaluaciones servirá para desarrollar políticas, asegurar recursos e implementar programas para satisfacer las necesidades de salud de los atletas.  **Autorización para menores**: Entiendo que al firmar a continuación doy mi consentimiento para la participación de \_\_\_haga click o toque aquí para ingresar el texto\_­­­(nombre completo del atleta) en el Programa de evaluación pediátrica para Atletas Jóvenes de Olimpiadas Especiales que proporciona evaluaciones de detección individuales en la salud pediátrica general. Entiendo que no hay obligación para el atleta mencionado anteriormente de participar en el Programa Atletas Saludables si el atleta decide no participar o si yo decido que el atleta no participará. La prestación de estos servicios de salud no pretende ser un sustituto de la evaluación regular. También entiendo que debo buscar mi propio consejo y asistencia médicas independientemente de las disposiciones de estos servicios para el atleta mencionado anteriormente y que Olimpiadas Especiales no es responsable de la salud del atleta mencionado anteriormente. Entiendo que la información que se recopila como parte del proceso de evaluación se puede realizar de manera grupal (de forma anónima) para evaluar y comunicar las necesidades generales de salud de los atletas y para desarrollar programas para abordar estas necesidades | | |
| Click or tap here to enter text. | Click or tap here to enter text. | Click or tap here to enter text. |
| Firma del padre o tutor | Programa de Olimpiadas Especiales | Fecha |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Background Information About Your Child*** | | | | | | | | | | |
| Nombre del niño: | Click or tap here to enter text. | | | | Fecha de nacimiento del niño: | | | Click or tap here to enter text. | | |
| Nombre del padre: | Click or tap here to enter text. | | | | Ubicación del programa de Olimpiadas Especiales (estado): | | | Click or tap here to enter text. | | |
| Correo electrónico del padre: | Click or tap here to enter text. | | | | Número de teléfono del padre: | | | Click or tap here to enter text. | | |
| Idioma que se habla en casa: | Click or tap here to enter text. | | | | Necesita acceso para sillas de ruedas en los eventos: | | | | | Sí No |
| **1.Cuáles son las mayores fortalezas de su hijo? Marque todas las opciones que correspondan:** | | | Independiente | | | Alegre | | | Feliz | |
| Sociable | | | Paciente | | | Tranquilo | |
| Brinde más detalles en el espacio a continuación:  Click or tap here to enter text. | | | | | | | |
| **2. Proporcione algunos datos curiosos sobre su hijo, como qué actividades, lugares o animales lo hacen feliz, qué lo tranquiliza, cuál es su juguete o personaje favorito, etc.** | | | | Click or tap here to enter text. | | | | | | |
| **3. ¿Qué aspectos de la salud y el desarrollo de su hijo le preocupan más? Marque todas las opciones que correspondan:** | | Sospecha de enfermedad médica | | | | Nutrición/alimentación/peso | | | Salud dental | |
| Rabietas, regulación emocional, problemas de comportamiento | | | | Patrones o hábitos de sueño | | | Visión | |
| Habilidades sociales | | | | Habilidades de adaptación (control de esfínteres, aseo personal) | | | Audición | |
| Lenguaje/comunicación | | | | Otro | Click or tap here to enter text. | | | |
| **4. Actualmente, se está evaluando a mi hijo por las siguientes inquietudes médicas, emocionales, de desarrollo o de comportamiento:** | | | Click or tap here to enter text. | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***ANTECEDENTES DE ATENCIÓN MÉDICA DEL NIÑO*** | | | | | | | | |
| **5. ¿Cuándo fue la última vez que su hijo se realizó lo siguiente? Marque todas las opciones que correspondan:** | | | | | | | | |
|  | | *Mes* | *Año* | | *Hace tanto tiempo que ya no recuerdo* | | | *Nunca* |
| Control de niño sano o evaluación clínica regular | |  |  | |  | | |  |
| Control con el dentista | |  |  | |  | | |  |
| Prueba de audición: :Click or tap here to enter text.  Normal  Anormal | |  |  | |  | | |  |
| Prueba de la vista (incluye pruebas especializadas)  Normal  Anormal | |  |  | |  | | |  |
| Mi hijo está al día con las vacunas  *Por favor traer la cartilla de control de vacunas al evento* | | | | | | | Sí | No |
| **6. ¿Qué tipos de tratamiento o apoyo adicional recibe su hijo actualmente? Marque todas las opciones que correspondan:** | Plan educativo personalizado (IEP) o plan educativo escolar 504 | | | | Servicios de intervención temprana o de Early Start | | | |
| Terapia física | | | Terapia ocupacional | | Terapia del habla o lenguaje | | |
| Terapia de alimentación | | | Dieta/nutrición | | Escuela especial o terapéutica | | |
| Terapia del desarrollo o del comportamiento | | | Otro: | Click or tap here to enter text. | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***ANTECEDENTES MÉDICOS DEL NIÑO*** | | |
| **7. ¿Alguna vez le diagnosticaron a su hijo alguna de las siguientes afecciones? Marque todas las opciones que correspondan:** | | |
| *Enfermedades médicas:*  Sí,especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Click or tap here to enter text.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No | *Enfermedades dentales:*  Caries  Infección de las encías | *Enfermedades de los oídos y la audición:*  Pérdida de la audición  Reiteradas infecciones de oído |
| *Enfermedades de los ojos y la vista:*  Ojo bizco u ojo perezoso  Problemas para ver  Ceguera (incluida la ceguera legal) | *Síndromes genéticos:*  Síndrome Down  Síndrome de cromosoma X frágil  Otro,especifique:  \_\_Click or tap here to enter text.\_\_\_ | *Condiciones neurológicas:*  Parálisis cerebral  Hemorragia o lesión cerebral traumática  Accidente cerebrovascular (bajo nivel de oxígeno, flujo sanguíneo o coágulo en el cerebro)  Meningitis u otra infección cerebral  Hidrocefalia (acumulación de líquido en el cerebro)  Convulsiones o epilepsia |
| Otras afecciones que no figuran arriba: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_escriba aquí \_\_\_\_ | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***ANTECEDENTES EMOCIONALES, DE DESARROLLO Y DE COMPORTAMIENTO DEL NIÑO*** | | |
| **8. ¿Le preocupa que su hijo tenga o le han dicho que tiene alguna de las siguientes afecciones? Marque todas las opciones que correspondan:** | | |
| *Retraso en el desarrollo:*  Retraso en el habla, el lenguaje o la comunicación  Retraso en la motricidad fina (uso de dedos y manos)  Retraso en las habilidades motoras gruesas (grandes movimientos para llegar a lugares)  Retraso en la resolución de problemas, el pensamiento y el razonamiento  Retraso en habilidades sociales/emocionales | *Diagnósticos de problemas de desarrollo*  Autismo o trastornos del espectro autista (TEA) Síndrome de alcoholismo fetal (SAF)  Retrasos de desarrollo global  Discapacidad intelectual (DI)  Discapacidad de aprendizaje  Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) | |
| *Diagnósticos de problemas de salud mental:* Ansiedad Depresión | | |
| Otras \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Click or tap here to enter text.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **9. ¿Le preocupa que su hijo sea víctima de acoso por parte de otros niños o adultos? (Esto incluye agresión verbal y física).** | | Sí  No |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***ENTORNO, SEGURIDAD Y RECURSOS*** | | | | |
| *La siguiente sección incluye preguntas estándares recomendadas por expertos en pediatría para todas las visitas médicas. Todos estos problemas sociales y de entorno pueden afectar la salud y el desarrollo. Se ofrecerán recursos para su familia si se identifica alguna necesidad. No dude en saltarse cualquier pregunta que prefiera no responder.* | | | | |
| **10. Marque todas las opciones que correspondan** | En los últimos 12 meses, yo (padre) o mi hijo comimos menos de lo que creo que deberíamos porque no teníamos suficiente dinero para la comida. | | Utilizo un programa de asistencia alimentaria o tengo acceso a uno.  Sí or  No | |
| Me preocupa que en los próximos 3 meses no tenga una vivienda estable. | | En los últimos 12 meses, la compañía de electricidad, gas, combustible o agua amenazó con cortar el servicio en mi casa. | |
| En los últimos 12 meses, los problemas de transporte ocasionaron que alguien de mi grupo familiar perdiera la atención médica que necesitaba. | | Mi hijo vive en una casa construida antes de 1978 (una casa que aumenta su riesgo de exposición al plomo) o visita una con regularidad. | |
| Mi hijo vive con alguien que fuma o vapea (por ejemplo, cigarrillos, cigarrillos electrónicos, JUUL, marihuana). | | Ninguna de las opciones anteriores. | |
| **11. ¿Cuál ha sido su experiencia con el seguro médico de su hijo? Marque todas las opciones que correspondan** | | En los últimos 12 meses, sentí que mi hijo necesitaba consultar a un médico, pero no podía hacerlo debido al costo. | | He tenido dificultades para conseguir cobertura de seguro para mi hijo. |
| Mi seguro no brinda una cobertura suficiente para las necesidades de mi hijo. | | Ninguna de las opciones anteriores. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***INQUIETUDES DE COMPORTAMIENTO ACTUALES O CONSTANTES*** | | | |
| ***¿Con qué frecuencia hace lo siguiente su hijo?*** | ***Nunca*** | ***A veces*** | ***A menudo*** |
| **12. Llora, grita o hace rabietas durante períodos inusualmente largos o tiene dificultad para calmarse** |  |  |  |
| **13. Tiene dificultad para quedarse sentado, está inquieto o le cuesta prestar atención** |  |  |  |
| **14. Intenta hacerse daño a sí mismo (por ejemplo, se golpea la cabeza, se muerde, se pellizca)** |  |  |  |
| **15. Intenta lastimar a otras personas o a animales (por ejemplo, los patea, muerde, pellizca)** |  |  |  |
| **16. Parece inusualmente preocupado o nervioso en comparación con otros niños de su edad** |  |  |  |
| **17. Se aleja de usted o de otros adultos a cargo** |  |  |  |
| **18. Tiene dificultades con el cambio o las personas o los lugares nuevos** |  |  |  |
| **19. No parece interesarle jugar con otros niños** |  |  |  |
| **20. Tiene necesidades sensoriales inusuales (por ejemplo, no puede tolerar los ruidos fuertes, no le gusta tocar ciertas texturas de ropa, o siente la necesidad de girar constantemente o chocarse con cosas, etc.)** |  |  |  |
| **21. Frecuentemente se le nota triste o dice que el/ella esta triste** |  |  |  |
| **22. Hace juegos simulando situaciones que den miedo o tristes** |  |  |  |
| **23. Se culpa a si mismo de las cosas** |  |  |  |
| **24. A menudo parece estar cansado y tiene poca energia** |  |  |  |
| ***¿Con qué frecuencia le cuesta a usted hacer lo siguiente?*** | ***Nunca*** | ***A veces*** | ***A menudo*** |
| **21. Comprender lo que su hijo quiere o necesita cuando llora o está molesto** |  |  |  |
| **22. Sacar a su hijo en público debido a que le preocupa la percepción o la reacción de otras personas ante el aspecto o el comportamiento de su hijo** |  |  |  |

|  |
| --- |
| ***Información del médico y del seguro del niño*** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del médico:** |  |
| **Número de teléfono del médico:** |  |
| **Nombre del seguro:** |  |
| **Número de póliza de seguro:** |  |
| **Número de grupo de seguros:** |  |