

Programa intensivo de alimentación

Cuestionario

Fecha de hoy: _____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Información sobre la familia

Persona(s) que provee la mayoría de los cuidados

Nombre: _____ parentesco con el niño: _____

Nombre: _____ parentesco con el niño: _____

Otros niños / hermanos en la casa (anote las edades): _____

Otros cuidadores que no son los padres (describa): _____

¿Va su hijo a la guardería, a prescolar o a la escuela? (Describa)

Proveedor de atención médica

Proveedor de atención médica (pediatra) _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Terapeuta alimenticio: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dietista: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Compañía proveedora de suministros a domicilio (*Home health care company*): _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Otro: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Otro: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Historial médico

¿Su niño nació a término? _____

¿Fue prematuro? _____

¿Cuánto pesó al nacer? _____

¿Está su hijo tomando algún medicamento, hierba o vitamina? (Si es así, anótelos todos aquí):

¿Su niño tiene alguna alergia o es sensible a algún alimento? (Si es así, anótelos todos aquí): _____

¿Su hijo tienen alguna otra alergia?: medicamentos, látex, etc. (Si es así, anótelos todos aquí): _____

¿Ha tenido su niño un estudio de deglución para ver cómo traga?

(fecha, lugar y resultado): _____

El historial médico nos permite tener una idea de las experiencias de su hijo. ¿Ha tenido su niño alguno de estos síntomas? Marque si tiene o no ahora o si lo tuvo en el pasado.

Su niño tiene:

Si contesta que sí, describa brevemente:

¿Vómitos? No tiene Tuvo Tiene _____

¿Diarrea? No tiene Tuvo Tiene _____

¿Estreñimiento? No tiene Tuvo Tiene _____

¿Problemas dentales? No tiene Tuvo Tiene _____

¿Problemas para dormir? No tiene Tuvo Tiene _____

¿Reflujo gastroesofágico? No tiene Tuvo Tiene _____

¿Problemas para tragar? No tiene Tuvo Tiene _____

¿Dolor o molestias cuando come? No tiene Tuvo Tiene _____

¿Enfermedades frecuentes? No tiene Tuvo Tiene _____

¿Algún otro dato médico de importancia?

Cuestionario para el programa intensivo de alimentación

¿Le preocupa algo acerca del desarrollo general o el comportamiento de su niño? (Si es así, describa):

Historial de nutrición

¿Cuándo y dónde supo por primera vez que su niño tenía problemas para alimentarse?

¿Cuándo recibió su primera sonda de alimentación? _____

¿Qué tipo de sonda tiene su hijo ahora? _____

¿Cuál fue la principal razón(es) para la colocación de la sonda? _____

¿Qué fórmula o dieta licuada usa para la alimentación por sonda? _____

¿Usa alguna receta? (describa): _____

¿Debe su hijo recibir una cierta cantidad diaria de alimentación? (describa):

Anote la frecuencia, los horarios de alimentación y las cantidades de agua:

¿Hay algún tipo de comida que su familia no come por razones religiosas, sociales o culturales? _____

Por favor, complete el registro para saber cómo es la alimentación que recibe durante 3 días, incluyendo todo lo que recibe por vía oral y por la sonda.

Cuestionario para el programa intensivo de alimentación

Punto de vista de la familia

Por favor, marque con un círculo las palabras que mejor describen el temperamento o la personalidad de su niño: *(marque todas las que correspondan)*

Tímido Sociable Adaptable Flexible Carácter fuerte Activo Callado Sensible
Fácil de llevar Testarudo Inflexible Se preocupa mucho Agresivo

Piense en las siguientes preguntas. *(Anote las respuestas o díganos sus respuestas en la primera cita.)*

¿Nota algún signo de que su hijo está preparado para comenzar con la alimentación oral? *(¿Por qué piensa que su hijo está preparado?)* _____

¿Su hijo se muestra intranquilo para comer?, ¿han encontrado maneras de calmar su intranquilidad?

¿Le cuesta cambiar de rutina?, ¿cuál es la mejor manera de prepararlo para un cambio?

La terapia intensiva de alimentación es mucho trabajo. ¿Qué cosas motivan a su hijo? Por ejemplo, ¿su niño responde mejor a los elogios, a un juguete, a la música, a los videos o junta calcomanías y puntos para algún premio? *(describa)*

En una escala del 1 al 10, donde 10 es lo más difícil, ¿qué puntaje asigna a la frustración y ansiedad que usted siente ante los problemas de su hijo para comer? _____

¿Tiene alguna necesidad especial relacionada con los cuidados para su hijo que nos pueda ayudar a evaluar mejor sus problemas de alimentación? _____

Como miembros del grupo a cargo del tratamiento de su hijo, es muy importante estar al tanto de las situaciones estresantes que afecten a la familia, ahora o en los últimos 12 meses. Estamos a su disposición para hablar acerca de cualquier problema para brindarle todo el apoyo y la información necesarios como también ayudarle a gestionar los servicios que necesite.

Gracias,

Grupo de Alimentación Intensiva
Intensive Feeding Team
206-987-2329

Seattle Children's ofrece servicio de interpretación gratuito para los pacientes, sus familiares y representantes legales sordos, con problemas de audición o con inglés limitado. Seattle Children's tendrá disponible esta información en formatos alternativos bajo solicitud. Por favor llame al Centro de Recursos para Familias al 206-987-2201.

Este folleto ha sido revisado por personal clínico de Seattle Children's. Sin embargo, como las necesidades de su niño son únicas, antes de actuar o depender de esta información, por favor consulte con el médico de su hijo.

© 2018 Seattle Children's, Seattle, Washington. Todos los derechos reservados.

5/18
Tr (jw/dk/lv)
PE1369S



Intensive Feeding Program Questionnaire

Family Questionnaire

Today's date: _____

Child's name: _____ date of birth: _____

Family Information

Primary care giver(s)

Name: _____ relationship to child: _____

Name: _____ relationship to child: _____

Other children/siblings in the home (*include ages*): _____

Other caretakers (other than parents) (*please describe*) _____

Does your child attend daycare, preschool or school? (*please describe*)

Health Care Provider Information

Primary medical care provider: _____

Phone: _____ email: _____

Feeding therapist: _____

Phone: _____ email: _____

Dietician: _____

Phone: _____ email: _____

Home health care company: _____

Phone: _____ email: _____

Intensive Feeding Program Family Questionnaire

Medical History

Was your child born at full term? _____

Was your child born early? _____

What was your child's birthweight? _____

Are you giving your child any medicines, herbs or vitamins? (If so, *please list*): _____

Does your child have any food allergies or food sensitivities? (If so, *please list*): _____

Does your child have other allergies, i.e., medications, latex, etc.? (If so, *please list*): _____

Has your child had a swallow study? (Date, place and results): _____

Your child's medical history gives us an idea of what your child has experienced in the past. Has your child had any of these symptoms? Please check those that apply past and present.

Does your child have:

If yes, please briefly describe:

Does your child have:	If yes, please briefly describe:		
Vomiting?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Past	<input type="checkbox"/> Present
Diarrhea?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Past	<input type="checkbox"/> Present
Constipation?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Past	<input type="checkbox"/> Present
Dental Concerns?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Past	<input type="checkbox"/> Present
Trouble sleeping?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Past	<input type="checkbox"/> Present
Gastroesophageal reflux?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Past	<input type="checkbox"/> Present
Swallowing difficulties?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Past	<input type="checkbox"/> Present
Pain or discomfort during feeding?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Past	<input type="checkbox"/> Present
Is your child frequently sick	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Past	<input type="checkbox"/> Present

Intensive Feeding Program Family Questionnaire

Any other significant medical history?

Do you have any concerns about your child's overall development or behavior? (If so, *please describe*):

Nutrition History

When were you first aware that your child had feeding difficulties? _____

When was your child's first feeding tube placed? _____

What type of tube does your child currently use? _____

What was the primary reason(s) for the tube placement? _____

What formula or home blended diet do you currently use for tube feedings? _____

Do you use a recipe? (If so, *please describe*): _____

Does your child have a daily goal for tube feeding amounts? (If so, *please describe*): _____

Please write out your child's tube feeding schedule, including times and amounts of water:

Are there any foods that your family avoids because of religious, social or cultural reasons? _____

Please complete the attached food record form for 3 days including tube and oral intake.

Intensive Feeding Program Family Questionnaire

Family Point of View

Please circle words that describe your child's temperament or personality: *(Please circle all that apply)*

Shy Outgoing Adaptable Flexible Strong-willed Active Quiet Distractible Sensitive
Easygoing Stubborn Rigid Worrier Aggressive

Please review the following questions: *(write out answers or bring your thoughts to discuss during your child's first appointment.)*

Are there signs that your child is ready to transition to oral feeding? *(Please share with us why you think your child is ready for this.)* _____

Does your child show uncomfortable feelings around feeding? Have you found ways to help settle or calm your child in response to these feelings? _____

Does your child have difficulties with change in routine? What have you found helpful in preparing your child for change? _____

Intensive feeding therapy is hard work. What motivates your child? For instance, does your child respond best to praise, a toy, music, video, or collecting stickers/points for rewards? *(Please describe.)*

On a scale of 1 to 10, with 10 being most difficult, how frustrated/anxious do you feel about your child's eating problems? _____

Do you have any special needs related to your child's care that would help us better evaluate your child's feeding issues? _____

As members of your child's treatment team, it is helpful to know about any major stressors that your family is experiencing now or in the past year. We are available to talk about these, or any other concerns, in order to provide increased support, information or referral for other resources.

Thank you,
The Intensive Feeding Team
206-987-2329

Seattle Children's offers interpreter services for Deaf, hard of hearing or non-English speaking patients, family members and legal representatives free of charge. Seattle Children's will make this information available in alternate formats upon request. Call the Family Resource Center at 206-987-2201.

This handout has been reviewed by clinical staff at Seattle Children's. However, your child's needs are unique. Before you act or rely upon this information, please talk with your child's healthcare provider.

© 2018 Seattle Children's, Seattle, Washington. All rights reserved.

5/18
PE1369