

"Parate Conmigo/ Stand with Me "

FORMULARIO DE NUEVO PACIENTE/ NEW PATIENT FORM

Ingresa a/ Submit at: www.standwithme.org/pt-zone

DATOS DEL PACIENTE/ PATIENT'S INFORMATION

Fecha de Entregar/Date of Distribution (mm/dd/yyyy):			
Numero de Verticalizador/ Stander Number:			
Nombre de paciente/Name:			
Fecha de Nacimiento/Date of Birth(mm/dd/yyyy):		Edad/Age:	
Sexo/Gender: M F	Altura/Height (Cm):		Peso/Weight (Lb):
Direccion de Paciente/Patient's Address:			
Telefono de Paciente/Patients Telephone:			
Correo de Paciente/Email:			
Permite Fotografías/Permit Photos <input type="checkbox"/> Si/Yes <input type="checkbox"/> No			

DATOS DE FISIOTERAPEUTA/ THERAPIST INFORMATION

Nombre/ Name:	
Organizacion/ Organization:	
Locación de Entregar(Ciudad)/ Location of Distribution (City):	
# Tel:	E-mail:

INFORMACIÓN MÉDICA / MEDICAL INFORMATION

(marque todos los que correspondan/ mark all that apply)

¿Con qué frecuencia el paciente ve un fisioterapeuta?/ How often does the patient see a physical therapist?

- Semanal/Weekly Mensual/ Monthly Anual/ Yearly Nunca/ Never

¿Cuál es la condición / diagnóstico primario?/ What is the primary condition/diagnosis?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral/ Cerebral palsy | <input type="checkbox"/> Hidrocefalia/ Hydrocephalus |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/ Epilepsy | <input type="checkbox"/> Desconocido/ Unknown |
| <input type="checkbox"/> Lesión de la médula espinal/ Spinal cord injury | <input type="checkbox"/> Otros/ Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Espina bífida/ Spina bifida | |

Cuales son los síntomas?/ What are the symptoms?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Espasticidad/ Spasticity | <input type="checkbox"/> Athetosis/ Mainly athetosis |
| <input type="checkbox"/> Monoplejía/ Monoplegia | <input type="checkbox"/> Distonia/ Mainly dystonia |
| <input type="checkbox"/> Diplejia/ Diplegia | <input type="checkbox"/> Ataxia/ Ataxia |
| <input type="checkbox"/> Hemiplegia/ Hemiplegia | <input type="checkbox"/> Hipotonía/ Hypotonia |
| <input type="checkbox"/> Triplejia/ Triplegia | <input type="checkbox"/> Otro/ Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Quadriplejia/ Quadriplegia | |

Seleccione la mejor descripción en cada de las siguientes categorías/ Select the best description in each category.

Problemas/ Síntomas Problems/ Symptoms	1 Nada None	2 Leve Mild	3 Moderato Moderate	4 Severo Severe	5 Muy Severo Very Severe
Problemas de Respiración (pneumonia, bronchitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de Flema/ Phlegm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de Tos Cronica/ Chronic Cough	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas con control de cabeza/ Head control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas con control de columna/ Spine control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas con control de caderas/ Hip control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas con control de piernas/ Leg control	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de Estreñimiento/ Constipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulceras por presión/ Pressure Ulcers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro/ Other: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parate Conmigo y Asociación Refugio de Esperanza Verticalizadores Pediátricos/ Pediatric Standing Frames

Carretera Interamericana CA1 KM 35, 0-170 Santa María Cauque, Santiago Sacatepéquez

Contactos: 502- 78232333, 502- 78309590. refugiodesperanza@yahoo.com jcumez@hopehaven.org scottcmitchell2@gmail.com

"Parate Conmigo/ Stand with Me "

FORMULARIO DE NUEVO PACIENTE/ NEW PATIENT FORM

Ingresa a/ Submit at: www.standwithme.org/pt-zone

Evaluación de Interacción Social Social Interaction Evaluation	1 Nunca Never	2 Raramente Rarely	3 A veces Sometimes	4 Mucho Often	5 Siempre Always
Poner atención/ Pays attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente compromiso con otros niños/ Patient plays with other kids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros niños juegan con el paciente/ Other kids play with the patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro/ Other: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tipos de Comunicación/ Types of Communication	1 Nunca Never	2 Raramente Rarely	3 A veces Sometimes	4 Mucho Often	5 Siempre Always
Habla/ Speech	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Movimiento de ojos/ Eye movements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestos/ Gestures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Risas/ Smiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Llantos/ Crying	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro/ Other: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Evaluación Visual/ Visual Evaluation	Nada None	Cerca Close	Lejos Far	A veces Sometimes	Normal Normal
Puede Ver/ Can they see?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puede enfocar los ojos en objetos/ Can they focus their eyes on objects?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro/ Other: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Capacidad de manejar objetos/ Capacity to handle objects	1 Nunca Never	2 Raramente Rarely	3 A veces Sometimes	4 Mucho Often	5 Siempre Always
Puede comer por sí mismo/ Can the patient feed themselves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juega con juguetes sin ayuda/ Can play with toys without help	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro/ Other: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Los Estudios/ Schooling

- Sí/Yes No Asiste a la escuela regularmente?/ Attends school regularly?
 Sí/Yes No Recibe ayuda extra en la escuela/ Receives extra help in school
 Sí/Yes No Es tutorizado en casa/ Is tutored at home
 Sí/Yes No Otro/ Other: _____

Parate Conmigo y Asociación Refugio de Esperanza Verticalizadores Pediátricos/ Pediatric Standing Frames

Carretera Interamericana CA1 KM 35, 0-170 Santa María Cauque, Santiago Sacatepéquez

Contactos: 502- 78232333, 502- 78309590. refugiodesperanza@yahoo.com jcumez@hopehaven.org scottcmitchell2@gmail.com

"Parate Conmigo/ Stand with Me "

FORMULARIO DE NUEVO PACIENTE/ NEW PATIENT FORM

Ingrese a/ Submit at: www.standwithme.org/pt-zone

Sistema de Clasificación de la Función Motor Gruesa/ Gross Motor Function Classification System (GMFCS):

Ver la última página para descripción/See last page for description.

- GMFCS nivel/ level I
- GMFCS nivel/ level II
- GMFCS nivel/ level III
- GMFCS nivel/ level IV
- GMFCS nivel/ level V

Sistema de Clasificación de la Habilidad Manual/ Manual Ability Classification System (MACS)

- MACS level I - Los objetos se manipulan fácilmente y con éxito/ Objects are handled easily and successfully.
- MACS level II - Maneja la mayoría de objetos pero con calidad y velocidad reducida/ Handles most objects but with some reduced quality and/or speed.
- MACS level III - Maneja objetos con dificultad – el niño necesita ayuda para preparar o modificar las actividades/ Handles objects with difficulty – the child will need help to prepare and/or modify activities.
- MACS level IV - Maneja una selección limitada de objetos fácilmente manejados y siempre necesita ayuda de otros/ Handles a limited selection of easily managed objects and always requires some help from others.
- MACS level V- El niño no puede manipular objetos o completar acciones sencillas con sus manos/ The child is not able to handle objects or to complete even simple actions with their hands.

Metas Específicas Por Programa de Verticalizador/ Goals For Standing Therapy(6-12 M)

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Información sobre el verticalizador/ Information about the standing frame

¿Es un verticalizador nuevo o usado? / Is the stander new or used? Nuevo/ New Usado/ Used

¿El verticalizador tiene cuales partes?/ What parts does the stander have?

- Mesa/ Table
- Pechera/ Chest Strap
- Cincho/ Belt
- Fomi/ Foam
- Soportes de cabeza/ Head supports(1-2): _____
- Soportes de cadera/ Hip supports(1-2): _____
- Soporte de rodilla/ Knee supports(1-2): _____
- Extencion/ Extension

Actividades funcionales en verticalizador/ Functional activities in the stander:

- Comer / Eat
- Jugar/ Play
- Ver tele/ Watch TV
- Dibujar/ Draw
- Terapia ocupacional/ Occupational therapy
- Otro/ Other: _____

¿Cuántas veces al día debe usar el verticalizador?/ Times per day 1 2 3 4 5+

¿Duración de cada uso?/ Length of time 15min. o menos 30min 1 hr 2+ hr

¿Tiene alguna pregunta sobre el uso de su verticalizador?/ Do you have any questions about using your stander? Sí/ Yes No

En caso afirmativo, ¿qué preguntas? Chequear los que se aplican/ If yes – what questions? Check all that apply.

- Como limpiarlo?/ How do I wash it?
- Que hago si el verticalizador se descompone?/ What if a part breaks?
- Que hago si quedo pequeño el verticalizador?/ What if I outgrow my stander?
- Como se puede solicitar un verticalizador?/ How can people request a stander?
- Cómo puedo devolverlo cuando haya terminado de usarlo?/ How can I return it when I am done?
- Otro/Other: _____

¿Se siente listo para usar el stander en casa?/ Do you feel ready to use the stander at home? Sí/ Yes No

Comentarios/Comments: _____

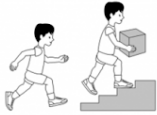
Parate Conmigo y Asociación Refugio de Esperanza Verticalizadores Pediátricos/ Pediatric Standing Frames

Carretera Interamericana CA1 KM 35, 0-170 Santa María Cauque, Santiago Sacatepéquez

Contactos: 502- 78232333, 502- 78309590. refugiodesperanza@yahoo.com jcumez@hopehaven.org scottcmitchell2@gmail.com

"Parate Conmigo/ Stand with Me "
FORMULARIO DE NUEVO PACIENTE/ NEW PATIENT FORM
Ingresa a/ Submit at: www.standwithme.org/pt-zone

TOMAR UNA FOTO CON NOMBRE, EDAD, SERIE Y FECHA DE HOY
TAKE A PHOTO WITH NAME, AGE, STADER NUMBER AND TODAY'S DATE



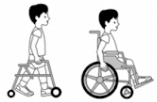
GMFCS Level I

Los niños caminan en casa, en la escuela, al aire libre y en la comunidad. Pueden subir escaleras sin el uso de una barandilla. Los niños realizan habilidades motoras gruesas como correr y saltar, pero la velocidad, el equilibrio y la coordinación son limitados.



GMFCS Level II

Los niños caminan en la mayoría de los escenarios y suben las escaleras sujetándose a una barandilla. Pueden experimentar dificultad para caminar largas distancias y equilibrarse en terrenos desiguales, pendientes, en áreas llenas de gente o espacios confinados. Los niños pueden caminar con ayuda física, un dispositivo de movilidad de mano o la movilidad con ruedas sobre largas distancias. Los niños sólo tienen una habilidad mínima para realizar habilidades motoras gruesas como correr y saltar.



GMFCS Level III

Los niños andan con un dispositivo de movilidad manual en la mayoría de los ambientes interiores. Pueden subir las escaleras que sostienen sobre una barandilla con supervisión o ayuda. Los niños utilizan la movilidad con ruedas cuando viajan largas distancias y pueden auto-propulsarse para distancias más cortas.



GMFCS Level IV

Los niños utilizan métodos de movilidad que requieren asistencia física o movilidad motorizada en la mayoría de los lugares. Pueden caminar por distancias cortas en casa con ayuda física o con un andador de apoyo para el cuerpo cuando se coloca. En la escuela, al aire libre y en la comunidad, los niños son transportados en una silla de ruedas manual o utilizan movilidad motorizada.



GMFCS Level V

Los niños están limitados en su capacidad para mantener la cabeza antigravedad y las posturas del tronco y controlar los movimientos de piernas y brazos. Los niños son transportados en todos los ambientes.

GMFCS descriptors copyright © Palisano et al. (1997) Dev Med Child Neurol 39:214-23 [CanChild](http://www.canchild.org)

Illustrations copyright Version 2 © Bill Reid, Kate Willoughby, Adrienne Harvey and Kerr Graham, The Royal Children's Hospital Melbourne.