

"Parate Conmigo/ Stand with Me "
FORMULARIO DE SEGUIMIENTO/ FOLLOW-UP FORM
Ingrese a/ Submit at: www.standwithme.org/pt-zone

DATOS DEL PACIENTE/ PATIENT'S INFORMATION

Fecha de Seguimiento/Date of Follow-up (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:	
# Tel de Paciente/Patients Telephone:	
Correo de Paciente/Email:	

DATOS DE PERSONA EN CARGA DE SEGUIMIENTO/ THERAPIST INFORMATION

Nombre/ Name:	
Organizacion/ Organization:	
Locación de Seguimiento (ciudad)/ Location of Follow-up (City):	
# Tel:	Email:

INFORMACIÓN SOBRE VISITA DE SEGUIMIENTO/ FOLLOW-UP VISIT INFO

¿Hace cuánto tiempo ha tenido el verticalizador?/ How long have you had the stander? <input type="checkbox"/> 3 m <input type="checkbox"/> 6 m <input type="checkbox"/> 9 m <input type="checkbox"/> 1 año/yr <input type="checkbox"/> 15 m <input type="checkbox"/> 18 m <input type="checkbox"/> 2 años/yr <input type="checkbox"/> Otro	
Seguimiento realizado en/ Location of visit: <input type="checkbox"/> Domicilio del usuario/ Home <input type="checkbox"/> clinica <input type="checkbox"/> Otro:	
¿Cuántas veces al día usa el verticalizador?/ Times per day <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5+	
¿Duración de cada uso?/ Length of time <input type="checkbox"/> 15min. o menos <input type="checkbox"/> 30min <input type="checkbox"/> 1 hr <input type="checkbox"/> 2+ hr	

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

Por favor, seleccione la mejor descripción para el paciente en cada una de las siguientes categorías./

Please select the best description for the patient in each of the following categories.

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 SEGUIMIENTO/ FOLLOW-UP FORM
Ingrese 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 SEGUIMIENTO/ FOLLOW-UP 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 de niveles/See last page for levels 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(MACS)/ Manual Ability Classification System (MACS)

(Elegir uno/Choose one):

- 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.

Información sobre el verticalizador/ Info about the standing frame

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mesa/ Table | <input type="checkbox"/> Fomi en respaldo/ back board foam |
| <input type="checkbox"/> Pechera/ Chest Harness | <input type="checkbox"/> Cabezeras de madera(1-2): _____ |
| <input type="checkbox"/> Cincho/ Belt | <input type="checkbox"/> Soportes de la cadera(1-2): _____ |
| <input type="checkbox"/> Correas de muslo/ Thigh straps | <input type="checkbox"/> Soportes de la rodilla(1-2): _____ |
| <input type="checkbox"/> Correas de pantorrilla/ Calf straps | <input type="checkbox"/> Extencion/ Extension |

¿Necesita cuáles partes para servir mejor?/ What parts are needed to work better?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mesa/ Table | <input type="checkbox"/> Soporte de cabeza(1-2): _____ |
| <input type="checkbox"/> Pechera/ Chest Harness | <input type="checkbox"/> Soportes de la cadera(1-2): _____ |
| <input type="checkbox"/> Cincho/ Belt | <input type="checkbox"/> Soportes de la rodilla(1-2): _____ |
| <input type="checkbox"/> Correa de muslo/ Thigh straps | <input type="checkbox"/> Extencion/ Extension |
| <input type="checkbox"/> Correa de pantorrilla/ Calf straps | <input type="checkbox"/> Bloque de pie |
| <input type="checkbox"/> Fomi en respaldo/ Back board foam | <input type="checkbox"/> Otros/ Others: _____ |

Actividades funcionales en verticalizador/ Functional activities in the stander:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Comer / Eat | <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional/ occupational therapy |
| <input type="checkbox"/> Jugar/ Play | <input type="checkbox"/> Otros/ others: _____ |
| <input type="checkbox"/> Ver tele/ Watch TV | |
| <input type="checkbox"/> Dibujar/ Drawing | |

¿Tiene alguna pregunta sobre el verticalizador? Do you have any questions about your stander? Si/ Yes No

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Como lo limpio? /How do I wash it? | <input type="checkbox"/> Como lo reciclo?/How do I recycle it? |
| <input type="checkbox"/> Que hago si se rompe una parte?/ What do i do if a part breaks? | <input type="checkbox"/> Otro/ Other: _____ |

¿Tiene algún problema usando el verticalizador?/ Do you have any problems using the stander? Si/ Yes No

If yes – what are the problems? Check all that apply.

- Es incomodo/ It is uncomfortable
- Toma bastante espacio/ It takes up too much room
- Toma bastante tiempo/ It takes too long to use
- Pesa Demaciado/ It is too heavy
- Esta roto/ My stander is broken
- Mi nino no es demaciado alta/ My child does not fit in the device
- other: _____

¿En total, qué tan satisfecho estás con el verticalizador?/ How satisfied are you with your Stander?

- Muy insatisfecho/Very dissatisfied Insatisfecho/Dissatisfied Neutral Satisfecho/Satisfied Muy Satisfecho/Very satisfied

Área de mayor mejora según el padre/ Area of greatest improvement according to the parent: _____

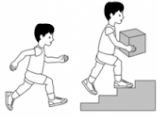
Otros Sujerencias/Comentarios: _____

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

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

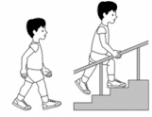
Contactos: 502- 78232333, 502- 78309590. refugiodesperanza@yahoo.com jcumez@hopehaven.org scottcmitchell2@gmail.com

“Parate Conmigo/ Stand with Me ”
FORMULARIO DE SEGUIMIENTO/ FOLLOW-UP FORM
Ingrese a/ Submit at: www.standwithme.org/pt-zone



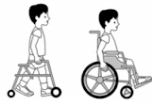
GMFCS Level I

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://CanChild.org)

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