

PARATE CONMIGO/ STAND WITH ME
FORMULARIO DE SOLICITUD/ SOLICITATION FORM
Ingrese a/ Submit at: www.standwithme.org/pt-zone

DATOS DEL PACIENTE/ PATIENT'S INFORMATION

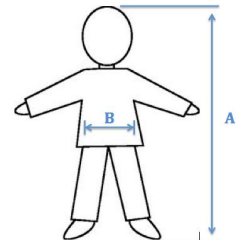
Fecha de Solicitud/Date of Solicitation (mm/dd/yyyy):	
Nombre de paciente/Name of Patient:	
Fecha de Nacimiento/Date of Birth(mm/dd/yyyy):	Edad/Age:
Sexo/Gender: M F	Peso/Weight (Lb):
Direccion de Paciente/Patient's Address:	
Telefono de Paciente/Patients Telephone:	
Correo de Paciente/Email:	

DATOS DE ORGANIZACIÓN Y FISIOTERAPEUTA/ THERAPIST INFORMATION

Descripción Del Uso Que Dara Al Equipo Que Solicita/ Where Will The Stander Be Used? <input type="checkbox"/> En la Clínica/ In the clinic <input type="checkbox"/> En la Casa De Un Paciente/ In a Patients home
Pais/Country:
Organización Pidiendo/Requesting Organization:
Dirección de Organización/Address of Organization:
Nombre Completo de Fisioterapeuta/ Therapists Name
Nombre Completo de Fisioterapeuta/ Therapists Name
Correo de Fisioterapeuta/ Therapist Email:
Como Supo de Parate Conmigo/ How Did You Hear About Stand With Me? <input type="checkbox"/> Internet/ Internet <input type="checkbox"/> Mi Organización/ My organization <input type="checkbox"/> Otro/ Other: _____

Medidas Y Equipo/ Measurements and Equipment

- A. Altura/Height(Cm) _____
- B. Punto Más Ancho del Abdomen/ Widest Point of Abdomen(Cm) _____
- C. Las dos piernas son de igual medida/ Both legs the same length? Sí/Yes No



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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pechera/ Chest Harness | <input type="checkbox"/> Soportes de la rodilla/ Knees(1-2): _____ |
| <input type="checkbox"/> Cincho/ Belt | <input type="checkbox"/> Bloque de pie/ Foot block |
| <input type="checkbox"/> Correa de muslo/ Thigh straps | <input type="checkbox"/> Otros/ Others: _____ |
| <input type="checkbox"/> Correa de pantorrilla/ Calf straps | |
| <input type="checkbox"/> Soporte de cabeza/ Head(1-2): _____ | |
| <input type="checkbox"/> Soportes de la cadera/ Hips(1-2): _____ | |

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/ With 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 | |

Cuáles 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"/> Distonía/ Mainly dystonia |
| <input type="checkbox"/> Diplejía/ Diplegia | <input type="checkbox"/> Ataxia/ Ataxia |
| <input type="checkbox"/> Hemiplejía/ Hemiplegia | <input type="checkbox"/> Hipotonía/ Hypotonia |
| <input type="checkbox"/> Triplejía/ Triplegia | <input type="checkbox"/> Otro/ Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Quadriplejía/ Quadriplegia | |

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 SOLICITUD/ SOLICITATION FORM

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

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

Problemas/ Síntomas Problems/ Symptoms	1 Nada None¹	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 Crónica/ 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"/>
Úlceras 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"/>

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 comprometido 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"/>

PARATE CONMIGO/ STAND WITH ME
FORMULARIO DE SOLICITUD/ SOLICITATION FORM

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

Evaluacion Visual/ Visual Evaluation	Nada None	Cerca Close	Lejos Far	A veces Sometimes	Normal Normal
Puede Ver/ <i>Can they see?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puede enfocar los ojos en objetos/ <i>Can they focus their eyes on objects?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro/ <i>Other:</i> _____	<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/ <i>Can the patient feed themselves</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Juega con juguetes sin ayuda/ <i>Can play with toys without help</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro/ <i>Other:</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Los Estudios/ Schooling

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

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.*

Comentarios/ *Comments:* _____

USO DE OFICINA (office use only)
FECHA DE ENTREGA : / /
DOC. DE SOPORTE:
PATROCINADOR:

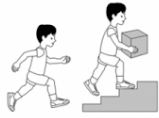
Parate Conmigo y Asociación Refugio de Esperanza Verticalizadores Pediátricos/ Pediatric Standing Frames

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

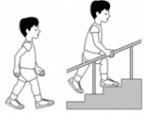
PARATE CONMIGO/ STAND WITH ME
FORMULARIO DE SOLICITUD/ SOLICITATION FORM

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



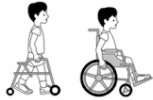
GMFCS Level I

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.