



"Párate Conmigo/ Stand with Me"

FORMULARIO DE NUEVO PACIENTE/ NEW PATIENT FORM

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

DATOS DEL PACIENTE/ PATIENT'S INFORMATION

Fecha de entregar/ Date of distribution (mm/dd/yyyy):	
Número 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):	
Nombre de padre o tutor/ Name of parent:	
Dirección de paciente/ Patient's address:	
Teléfono de paciente/ Patients telephone:	
Correo de paciente/ E-mail:	
Autorizo uso de fotografías de mi niño/ Authorize use of photos of my child <input type="checkbox"/> Sí/Yes <input type="checkbox"/> No	
Firma de padre o tutor / Signature of parent or guardian: _____X_____	

DATOS DE FISIOTERAPEUTA O TRABAJADOR SOCIAL/ THERAPIST INFORMATION

Nombre/ Name:
Organización/ Organization:
Lugar de entrega (País, Ciudad)/ Location of distribution (Country, 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?

- Parálisis cerebral/ Cerebral palsy Hidrocefalia/ Hydrocephalus
 Lesión de la médula/ Spinal cord injury Desconocido/ Unknown
 Espina bífida/ Spina bifida Otros/ Other: _____

¿Cuáles son los síntomas?/ What are the symptoms?

- Espasticidad/ Spasticity Atetosis/ Athetosis
 Monoplejía/ Monoplegia Distonía/ Mainly dystonia
 Diplegia/ Diplegia Ataxia/ Ataxia
 Hemiplejía/ Hemiplegia Hipotonía/ Hypotonia
 Quadriplejía/ Quadriplegia Otro/ Other: _____

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

Problemas/ Síntomas Problems/ Symptoms	1 Nada None	2 Leve Mild	3 Moderado Moderate	4 Severo Severe	5 Grave 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"/>

Párate Conmigo Verticalizadores Pediátricos/ Pediatric Standing Frames

Contactos: [Guatemala 78309590 refugiodespernaza@yahoo.com] [Perú 956590497 lamedelreino@gmail.com]

[USA scottmitchell2@gmail.com]



"Párate Conmigo/ Stand with Me"

FORMULARIO DE NUEVO PACIENTE/ NEW PATIENT 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
Pone atención/ Pays attention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paciente interactúa 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"/>

Formas 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"/>
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"/>
Seguimiento visual/ Tracking objects	<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

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

Tiene tutor en casa/ Is tutored at home

Sí/Yes No

Comentario/ Comments: _____

Párate Conmigo Verticalizadores Pediátricos/ Pediatric Standing Frames

Contactos: [Guatemala 78309590 refugiodespernaza@yahoo.com] [Perú 956590497 lamedelreino@gmail.com]

[USA scottmitchell2@gmail.com]



"Párate Conmigo/ Stand with Me"

FORMULARIO DE NUEVO PACIENTE/ NEW PATIENT FORM

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

Sistema de Clasificación de las Funciones Motras/ 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 las Habilidades Manuales/ 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 del Programa de Verticalización (6-12m)/ 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

¿Que partes tiene el verticalizador?/ What parts does the stander have?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mesa/ Table
<input type="checkbox"/> Pechera/ Chest Strap
<input type="checkbox"/> Cincho/ Belt
<input type="checkbox"/> Bloque para pie (cuña)/ Foot block | <input type="checkbox"/> Soportes de cabeza/ Head supports(1-2): _____
<input type="checkbox"/> Soportes de cadera/ Hip supports(1-2): _____
<input type="checkbox"/> Soporte de rodilla/ Knee supports(1-2): _____
<input type="checkbox"/> Extencion/ Extension |
|---|--|

Actividades funcionales en verticalizador/ Functional activities in the stander:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Comer / Eat
<input type="checkbox"/> Jugar/ Play
<input type="checkbox"/> Dibujar/ Draw | <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional/ Occupational therapy
<input type="checkbox"/> Otro/ Other: _____ |
|--|---|

¿Cuántas veces al día debe usar 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
¿Tiene alguna pregunta sobre el uso de su verticalizador?/ Do you have any questions about using your stander? <input type="checkbox"/> Sí/ Yes <input type="checkbox"/> No Cual/ what: _____
¿Se siente preparado para usar el verticalizador en casa?/ Are you ready to use the stander? <input type="checkbox"/> Sí/ Yes <input type="checkbox"/> No

Comentarios/Comments: _____

Tomar foto con nombre del paciente, edad, # serie, fecha de hoy y lugar (país, ciudad)
Take a photo with name, age, serial number, today's date and location (country, city)

Nombre y firma de la persona encarga de la entrega:

Párate Conmigo Verticalizadores Pediátricos/ Pediatric Standing Frames

Contactos: [Guatemala 78309590 refugiodespernaza@yahoo.com] [Perú 956590497 lamesadelreino@gmail.com]

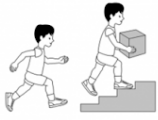
[USA scottmitchell2@gmail.com]



"Párate Conmigo/ Stand with Me"

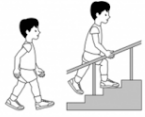
FORMULARIO DE NUEVO PACIENTE/ NEW PATIENT FORM

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



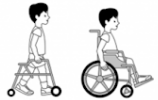
GMFCS Level I

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.

Párate Conmigo Verticalizadores Pediátricos/ Pediatric Standing Frames

Contactos: [Guatemala 78309590 refugiodespernaza@yahoo.com] [Perú 956590497 lamadadelreino@gmail.com]

[USA scottcmitchell2@gmail.com]