



Parate Conmigo/ Stand with Me

FORMULARIO DE SEGUIMIENTO/ FOLLOW-UP FORM

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

DATOS DEL PACIENTE/ PATIENT'S INFORMATION

Fecha de suimiento/ 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: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Altura/ Height (Cm):	Peso/ Weight (Lb):
Direccion de paciente/Patient's address:		
# Tel de paciente/Patients telephone:		
Correo de paciente/ E-mail:		

DATOS DE PERSONA ENCARGADA DE SEGUIMIENTO/ THERAPIST INFORMATION

Nombre/ Name:	
Organizacion/ Organization:	
Lugar de Seguimiento (Pais, Ciudad)/ Location of follow-up (Country, City):	
# Tel:	E-mail:

INFORMACIÓN SOBRE VISITA DE SEGUIMIENTO/ FOLLOW-UP VISIT INFO

¿Aproximadamente hace cuánto tiempo ha tenido el verticalizador?/ Approx. 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/ Clinic <input type="checkbox"/> Otro:
¿Cuántas veces al día usa el verticalizador?/ Times per day <input type="checkbox"/> <1 <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"/> 15 min. o menos <input type="checkbox"/> 30 min <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?

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

Cuales son los síntomas?/ What are the symptoms?

- Espasticidad/ Spasticity Atetosis/ Mainly athetosis
 Monoplejía/ Monoplegia Distonía/ Mainly dystonia
 Diplejía/ 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 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"/>

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

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"/>

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"/>

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

Los Estudios/ Schooling

- 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

Comentario/ Comments: _____

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.

Información sobre el verticalizador/ Info about the standing frame

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

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

¿Que partes necesita para servir mejor?/ What parts are needed to work better? Mesa/ Table

- Pechera/ Chest Strap Soporte de rodilla/ Knee supports(1-2): _____
- Cincho/ Belt Extencion/ Extension
- Bloque para pie (cuña)/ Foot block Otros/ Others: _____
- Soportes de cabeza/ Head supports(1-2): _____
- Soportes de cadera/ Hip supports(1-2): _____

Actividades funcionales en verticalizador/ Functional activities in the stander:

- Comer / Eat Terapia ocupacional/ Occupational therapy
- Jugar/ Play Otros/ Others: _____
- Dibujar/ Drawing

¿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 demasiado/ It is too heavy
- Esta roto/ My stander is broken
- Mi niño no es demasiado alta/ My child does not fit in the device
- Otro/ 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

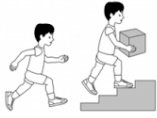
Contactos: 502- 78232333, 502- 78309590. refugiodesperanza@yahoo.com jcumez@hopehaven.org scottcmitchell2@gmail.com



Parate Conmigo/ Stand with Me

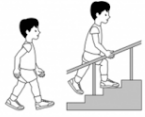
FORMULARIO DE SEGUIMIENTO/ FOLLOW-UP FORM

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



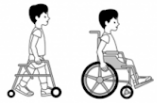
GMFCS Level I

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.