

## Qué esperar de la cita para el estudio de la deglución de mi hijo

**Antes de la cita:** Por favor llene el Formulario de Admisión de Padres, si el SLP de su hijo aún no lo ha hecho. Si no tiene acceso a una impresora, puede mandarlo por correo electrónico o traerlo el día de su cita.

Por favor, traiga los siguientes artículos a la cita de su hijo:

- Vasos y chupetes preferidos (pajilla, sorbo y/o biberón)
- Cualquier utensilio especial utilizado para la alimentación (cepillos NUK, utensilios adaptativos, etc.)
- Algunos de los bocadillos favoritos de su hijo.
- Cualquier artículo que pueda usarse como recompensa para su hijo (calcomanías, juguete favorito, refrigerio, etc.)
- Un babero y un cambio de ropa en caso de que su hijo escupa/derrame la comida/bebida
- Resultados de estudios previos de deglución, si corresponde.
- Tarjeta de seguro médico: debe presentarse en el momento del estudio
- Identificación: debe presentarse en el momento del estudio

**\*Favor de cuidar a sus otros hijos si vendrán con usted: otros niños tienen prohibido ingresar a la sala de fluoroscopia \***

### Día de la cita

- Por favor, traiga los artículos mencionados arriba que apliquen a su hijo.
- La cita tendrá una duración de aproximadamente de 1 hora.
- A su hijo se le ofrecerá una variedad de sólidos y líquidos para asegurarse de que está consumiendo una dieta segura.
- Todas las recomendaciones se revisarán con usted después de la conclusión del estudio.
- Saldrá de la cita con instrucciones escritas sobre las recomendaciones de alimentación de su hijo.
- Se enviará un informe escrito al médico y al terapeuta de su hijo.
- No tomar alimentos ni leche de fórmula 1.5-2 horas antes del estudio. Tomar agua, jugo o leche es permitido.

### A la llegada a la clínica

- Proporcione su tarjeta de seguro médico e identificación al personal en la entrada.
- Habrá algunos trámites que completar a su llegada, así como el formulario de admisión si no fue completado previo a su llegada.
- El patólogo del habla y el lenguaje lo acompañará a usted y a su hijo a la sala de estudio de la deglución
- Si está embarazada, informe al patólogo del habla y el lenguaje antes del estudio.

Por favor llame si tiene alguna pregunta antes de la cita de su hijo, o si necesita reprogramarla.

**¡Esperamos conocerte a ti y a tu hijo!**

## Formulario de admisión pediátrica DiagnosTEX

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre(s) de los padres/tutores legales: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Idioma(s) hablado(s) en el hogar: \_\_\_\_\_ Asiste a la guardería o a la escuela:  Sí  No

Preocupaciones primarias sobre la alimentación: \_\_\_\_\_

Pediatra: \_\_\_\_\_ Nombre de la oficina: \_\_\_\_\_

### Historial de Nacimiento

A término completo NICU estadia:  No  Sí, Duración de la estancia \_\_\_\_\_

Prematuro: \_\_\_\_\_ semanas \_\_\_\_\_ días Parto:  Vaginal  Cesárea

Complicaciones:  N/A \_\_\_\_\_

Actualmente toma medicamentos para el reflujo:  Sí  No Alergias alimentarias:  N/A \_\_\_\_\_

Déficits de visión:  Sí  No Déficits auditivos:  Sí  No

¿Puede el niño seguir órdenes sencillas?:  Sí  No

Enfermedades respiratorias recurrentes:  Sí  No Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Estudio previo de deglución:  Sí  No En caso afirmativo, ¿qué tipo de estudio  MBSS  FEES

Fecha: \_\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_

### Dieta actual y estrategias de alimentación: Marque todas las que correspondan

|   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> NPO  | <input type="checkbox"/> GT/NG Dependiente | <input type="checkbox"/> Alimentación solo con terapia  |
| Líquidos: <input type="checkbox"/> Delgado (Regular)                                | <input type="checkbox"/> ½ Néctar          | <input type="checkbox"/> Néctar <input type="checkbox"/> Miel <input type="checkbox"/> N/A  |
| Mecanismo de bebida: <input type="checkbox"/> Botella: _____                        | <input type="checkbox"/> Seno              | <input type="checkbox"/> Vaso para sorber <input type="checkbox"/> Vaso de pajilla <input type="checkbox"/> Vaso abierto          |
| Sólidos: <input type="checkbox"/> Apropiado para la edad                            | <input type="checkbox"/> Puré              | <input type="checkbox"/> Sólidos triturados <input type="checkbox"/> Suave y del tamaño de un bocado <input type="checkbox"/> N/A |
| Nivel de asistencia durante la alimentación: <input type="checkbox"/> Independiente | <input type="checkbox"/> Algo de ayuda     | <input type="checkbox"/> Dependiente  |
| Comportamientos: <input type="checkbox"/> Alimentación muy selectiva                | <input type="checkbox"/> Reflujo; Vómito   | <input type="checkbox"/> Dificultad con la transición a sólidos   |
| <input type="checkbox"/> Aversión   |  |   |
| Toser/Atragantarse: <input type="checkbox"/> Los líquidos de un _____               | <input type="checkbox"/> Puré              | <input type="checkbox"/> Sólidos <input type="checkbox"/> Secreciones   |

### Terapia actual

|   | Nombre del terapeuta y de la compañía | Información de contacto del terapeuta |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Física <input type="checkbox"/> N/A             |                                       |                                       |
| Ocupacional <input type="checkbox"/> N/A        |                                       |                                       |
| Habla/Alimentación <input type="checkbox"/> N/A |                                       |                                       |

Si desea que los resultados se envíen a otros proveedores, además de la referencia, complete lo siguiente:

| Nombre del proveedor | Número de teléfono | Número de fax |
|----------------------|--------------------|---------------|
|                      |                    |               |
|                      |                    |               |
|                      |                    |               |

Cualquier cosa que desee que sepamos antes de la cita (comportamientos de alimentación, gustos/disgustos, etc.):

---



---



---

### ***Póliza de Cancelación o Atraso***

*Si necesita cancelar o reprogramar su cita, debe comunicarse con nosotros 24 horas antes de su cita programada. El número de teléfono es 817-514-6271 y puede dejar un mensaje si llama fuera del horario de oficina. Si prefiere enviar un correo electrónico, envíe el correo a [info@diagnostex.us](mailto:info@diagnostex.us)*

*Se facturará una tarifa fija de \$190.00 si su cita se cancela dentro de las 24 horas. Esta tarifa es para compensar el costo del personal y el médico, además del esfuerzo realizado en preparación de su cita. Adicionalmente, si la cita es cancelada por usted más de 3 veces, no será reprogramada.*

*Favor de firmar sus iniciales para indicar que ha leído y comprende nuestra póliza de cancelación: \_\_\_\_\_*

### ***Consentimiento Para el uso del Video con fines educativos***

Yo, \_\_\_\_\_ (padre/guardián) por medio de la presente, autorizo a DiagnosTEX Consultants, PLLC para utilizar la grabación del estudio de trago de barrio modificado de \_\_\_\_\_ (nombre del paciente) con fines educativos como en conferencias, formación profesional, cursos educativos y mercadotécnica. Al firmar este consentimiento, yo entiendo que:

- Todo el audio grabado será removido
- No habrá información identificable compartida con aquellos observando la grabación. Información como edad y diagnóstico podrán ser discutidas solo con fines educativos de la grabación/imágenes
- La grabación de video se utilizará junto con fines educativos sobre disfagia proporcionada únicamente por un empleado de DiagnosTEX/Patheous. Sin embargo en caso de que una copia digital sea creada por medio de una tercera fuente, el video podría ser utilizado en plataformas fuera del control de DiagnosTEX/Patheous. Esto puede o no limitarse a sitios de redes sociales, cursos/conferencias de educación continua, cursos de capacitación profesional y/u otras plataformas digitales fuera del control de DiagnosTEX/Patheous

Si doy consentimiento

No doy consentimiento

Nombre de la persona completando el formulario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_