

Preocupaciones Primarias

Proporcione detalles de sus preocupaciones principales del niño que le gustaría abordar en la terapia*

Embarazo

¿Conoce los detalles del embarazo? Sí No

El Embarazo Procedido

Cuidado Prenatal Fue

Duración del Embarazo

Complicaciones del Embarazo

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Eclampsia | <input type="checkbox"/> Positivo para el VIH |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Gestacional | <input type="checkbox"/> Positivo para Strep B |
| <input type="checkbox"/> Nacimientos Múltiples | <input type="checkbox"/> Preeclampsia |
| <input type="checkbox"/> Polihidramnios | <input type="checkbox"/> Parto Prematura |
| <input type="checkbox"/> Positivo para Citomegalovirus 'CMV' | <input type="checkbox"/> Exposición a Sustancias |
| <input type="checkbox"/> Positivo para el Herpes | <input type="checkbox"/> Toxemia |
| | <input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/> |

Comentarios adicionales

¿Conoce los detalles de la entrega?*

 Sí
 No

Parto procedió

El Parto Fue

Información de Nacimiento

Duración en Dias en el Hospital del Niño añosHospital de Nacimiento Necesitaba ser trasladado a Otro Hospital Sí NoHospital de Traslado Peso al Nacer libras onzasAltura al Nacer pulgadas

Resultados de Apgar

1 min 5 min 10 min

Por favor indique para este Embarazo

¿Hubo múltiples hijos nacidos de este embarazo? Sí No# de Nacidos Vivos # de Nacidos Muertos Detalle Adicionales del Nacimiento

Complicaciones de Entrega

- Placenta Abrupta
- La Pesentación de Nalgas
- Bajo Peso al Nacer
- Aspiradora Negativa
- No Progresiva / Improductiva
- Posición occipital trasera (cara arriba)
- Placenta Previa
- Ruptura Prematura de Membranas
- Presentación Transversal
- Cordón Prolapsado
- Uso de Fórceps
- Ruptura Uterina
- Cordón Umbilical Alrededor del Cuello
- Otro

Duración de Días en el Hospital del Niño

¿Hubo alguna complicación después del nacimiento?*

 Sí No

Complicaciones Después del Nacimiento

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia de la Prematuridad | <input type="checkbox"/> Ictericia Tratada con Terapia de Luz y / o manta |
| <input type="checkbox"/> Displasia Broncopulmonar 'BPD' | <input type="checkbox"/> Aspiración de Meconio |
| <input type="checkbox"/> Labio Hendido | <input type="checkbox"/> Enterocolitis Necrosante 'NEC' |
| <input type="checkbox"/> Paladar Hendido | <input type="checkbox"/> Hipoxia Neonatal |
| <input type="checkbox"/> Pie Deforme | <input type="checkbox"/> Dependencia de Oxígeno |
| <input type="checkbox"/> Citomegalovirus | <input type="checkbox"/> PDA |
| <input type="checkbox"/> ECMO | <input type="checkbox"/> Dependencia Positiva |
| <input type="checkbox"/> Falta de Prosperar | <input type="checkbox"/> Síndrome de Dificultad Respiratoria |
| <input type="checkbox"/> Hiperbilirrubinemia | <input type="checkbox"/> Estridor Respiratorio |
| <input type="checkbox"/> Retardo de Crecimiento Intrauterino | <input type="checkbox"/> Virus Respiratorio Sincial 'RSV' |
| <input type="checkbox"/> IVH Sangrado Grado I | <input type="checkbox"/> Retinopatía de Prematuridad 'ROP' |
| <input type="checkbox"/> IVH Sangrado Grado II | <input type="checkbox"/> Trombocitopenia (Bajo Recuento de Plaquetas) |
| <input type="checkbox"/> IVH Sangrado Grado III | <input type="checkbox"/> Dependencia del Ventilador |
| <input type="checkbox"/> IVH Sangrado Grado IV | <input type="checkbox"/> Derivación VP |

Por favor liste cualquier otra Complicación o Detalle

Indique los síndromes Diagnosticados o Sospechados

Medicamentos, vitaminas y suplementos

¿El niño toma algún medicamento?* Sí No

Enumere los medicamentos actuales, incluidos los suplementos homeopáticos, las vitaminas, los minerales y otros medicamentos de venta libre

Nombre	Dosis	Dosis (unidad)	Frecuencia	Método

+

Comentarios

Alergia

¿El niño tiene alergias?* Sí No

Alérgeno	Tipo	Gravedad	Fecha de Aparición

Prueba de Audición

¿Tiene preocupaciones sobre la audición del niño?*

Fecha de la última prueba

Resultados

Preocupaciones

Cirugías y Procedimientos

¿Ha tenido el niño alguna cirugía o procedimiento? Sí No

Tipo de Cirugías	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipo de Cirugías	Fecha
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Pruebas de Diagnóstico

¿El niño ha tenido alguna prueba de diagnóstico? Sí No

Tipo de Prueba	Fecha	Detalles/Resultados
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipo de Prueba	Fecha	Detalles/Resultados
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Médicos Actuales

¿El niño ve a un médico regularmente? Sí No

Nombre	Especialidad	Razón	Última visita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre	Especialidad	Razón	Última visita
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Tiene el niño algunas condiciones médicas?*

 Sí No

Seleccione todas las que correspondan

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Estreñimiento | <input type="checkbox"/> Condición de convulsión |
| <input type="checkbox"/> Malformación Arteriovenosa (MAV) | <input type="checkbox"/> Diarrea | <input type="checkbox"/> Escoliosis - Grados <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Lesión Cerebral Anóxica | <input type="checkbox"/> Síndrome de Down | <input type="checkbox"/> Desorden del Sueño |
| <input type="checkbox"/> Asma / Problemas Respiratorios | <input type="checkbox"/> Subluxación de Cadera - Grados <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Problemas para Dormir |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Hydrocele | <input type="checkbox"/> Derivaciones |
| <input type="checkbox"/> Baclofen Pompa | <input type="checkbox"/> Laringomalacia | <input type="checkbox"/> Tortícolis |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral (CP) | <input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy | <input type="checkbox"/> Lesión Cerebral Traumática (TBI) |
| <input type="checkbox"/> Accidente Vascular Cerebral (CVA) | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Alimentación por Tubos |
| <input type="checkbox"/> Infecciones Crónicas del Oído | <input type="checkbox"/> Periventricular Leukomalacia | <input type="checkbox"/> Tubos en los Orejas |
| <input type="checkbox"/> Cólico | <input type="checkbox"/> Reflujo | <input type="checkbox"/> Estimulador de Nervio Vagal |

Por favor indique cualquier otra condición Médica Actual

Comentarios

Motor Development

¿Tiene preocupaciones sobre el desarrollo motor del niño?*

Sí No

Indique cuándo comenzó aproximadamente la capacidad del niño de cada actividad

- | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|--|
| Llevar ambos manos a la boca | <input type="text"/> meses | <input type="checkbox"/> Inseguro | <input type="checkbox"/> No ha comenzado |
| Abotonar pantalones / camisa | <input type="text"/> meses | <input type="checkbox"/> Inseguro | <input type="checkbox"/> No ha comenzado |
| Sentarse de una posición acostada | <input type="text"/> meses | <input type="checkbox"/> Inseguro | <input type="checkbox"/> No ha comenzado |
| Gatear solo | <input type="text"/> meses | <input type="checkbox"/> Inseguro | <input type="checkbox"/> No ha comenzado |
| Totalmente ir al baño entrenado | <input type="text"/> meses | <input type="checkbox"/> Inseguro | <input type="checkbox"/> No ha comenzado |
| Agarrar un juguete | <input type="text"/> meses | <input type="checkbox"/> Inseguro | <input type="checkbox"/> No ha comenzado |
| Mantiene la cabeza solo | <input type="text"/> meses | <input type="checkbox"/> Inseguro | <input type="checkbox"/> No ha comenzado |
| Jalar a pararse | <input type="text"/> meses | <input type="checkbox"/> Inseguro | <input type="checkbox"/> No ha comenzado |
| Rodar sobre | <input type="text"/> meses | <input type="checkbox"/> Inseguro | <input type="checkbox"/> No ha comenzado |
| Bañarse solo | <input type="text"/> meses | <input type="checkbox"/> Inseguro | <input type="checkbox"/> No ha comenzado |
| Vestirse solo | <input type="text"/> meses | <input type="checkbox"/> Inseguro | <input type="checkbox"/> No ha comenzado |
| Sentarse sin ayuda | <input type="text"/> meses | <input type="checkbox"/> Inseguro | <input type="checkbox"/> No ha comenzado |
| Pararse sin apoyo | <input type="text"/> meses | <input type="checkbox"/> Inseguro | <input type="checkbox"/> No ha comenzado |
| Amarrarse los zapatos | <input type="text"/> meses | <input type="checkbox"/> Inseguro | <input type="checkbox"/> No ha comenzado |
| Caminar con apoyo | <input type="text"/> meses | <input type="checkbox"/> Inseguro | <input type="checkbox"/> No ha comenzado |
| Caminar sin ayuda | <input type="text"/> meses | <input type="checkbox"/> Inseguro | <input type="checkbox"/> No ha comenzado |
| Comprimir / desabrochar la chaqueta | <input type="text"/> meses | <input type="checkbox"/> Inseguro | <input type="checkbox"/> No ha comenzado |

Escritura

Es tu hijo Zurdo Diestro Ninguno

Preocupaciones con la escritura? Sí No

Juego

Juguetes favoritos / Actividades de juego

¿Cómo se mueve el niño por la casa?

Procesamiento/regulación Sensorial

Seleccione todos los que correspondan:*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Evita ensuciarse | <input type="checkbox"/> Resiste ciertos movimientos (ej. rebotar, columpio, hacerse a réves) |
| <input type="checkbox"/> Busca (anhela) contacto o movimiento | <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para descubrir cómo mover el cuerpo o lleva más tiempo con los movimientos |
| <input type="checkbox"/> Tropeza o cae frecuentemente | <input type="checkbox"/> No tolera ciertas texturas (ej. ropa, superficies, alimentos, juguetes, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Parece incómodo o menos coordinado | <input type="checkbox"/> Usa mucha presión al tocar alguien o algo |
| <input type="checkbox"/> Aletea las manos | <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para pasar de una actividad a otra |
| <input type="checkbox"/> No permite/resiste cepillarse los dientes | <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para dormirse |
| <input type="checkbox"/> Golpes en la superficie, golpes/golpea la cabeza | <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para permanecer dormido durante la noche |
| <input type="checkbox"/> Fatigues rápidamente | <input type="checkbox"/> Aparece letárgico / somnoliento todo el tiempo |
| <input type="checkbox"/> Tiene conductas autoabortivas | <input type="checkbox"/> Tiene un pobre sentido del cuerpo en el espacio, se topa con cosas |
| <input type="checkbox"/> Resiste ciertas tareas o entornos | <input type="checkbox"/> Busca apoyo para la postura (ej. se apoya en muebles, paredes o personas, sostiene la cabeza) |
| <input type="checkbox"/> Gira cosas o su mismo | <input type="checkbox"/> Demuestra patrones de movimiento rígidos |
| <input type="checkbox"/> Es sensible a las luces, los sonidos o el ruido | <input type="checkbox"/> Hiperconcentración (en tareas específicas, personas, objetos, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Duerme mucho | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Resiste el tacto | |
| <input type="checkbox"/> Camina sobre los dedos de los pies | |
| <input type="checkbox"/> Alinea juguetes u objetos | |
| <input type="checkbox"/> Busca (anhela) objetos visualmente estimulantes | |
| <input type="checkbox"/> Busca (anhela) sonidos estimulantes | <input type="checkbox"/> Ningún |

Habilidades Sociales/Emocionales

Seleccione todas las que correspondan*

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Se distrae fácilmente | <input type="checkbox"/> Propenso a arrebatos emocionales | <input type="checkbox"/> Solo juega con adultos |
| <input type="checkbox"/> Se calma fácilmente | <input type="checkbox"/> No permite que otros se unan en el juego | <input type="checkbox"/> Prefiere jugar solo |
| <input type="checkbox"/> Se enoja / se frustra fácilmente | <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para hacer amigos | <input type="checkbox"/> Tiene dificultad con las separaciones |
| <input type="checkbox"/> Es agresivo con los demás | <input type="checkbox"/> Juega con sus compañeros | <input type="checkbox"/> Tiene poco contacto visual |
| <input type="checkbox"/> Otro | | |
| <input type="checkbox"/> Sin preocupaciones | | |

Descripción del Niño

Seleccione todas las que correspondan*

- | | | | | |
|------------------------------------|--|-------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Activo | <input type="checkbox"/> Cauteloso | <input type="checkbox"/> Distraible | <input type="checkbox"/> Inseguro | <input type="checkbox"/> Juguetón |
| <input type="checkbox"/> Cariñoso | <input type="checkbox"/> Curioso | <input type="checkbox"/> Temeroso | <input type="checkbox"/> Motivado | <input type="checkbox"/> Tímido |
| <input type="checkbox"/> Agresivo | <input type="checkbox"/> Exigente | <input type="checkbox"/> Audaz | <input type="checkbox"/> Pasivo | <input type="checkbox"/> Obstinado |
| <input type="checkbox"/> Tranquilo | <input type="checkbox"/> Difícil de Consolar | <input type="checkbox"/> Difícil | <input type="checkbox"/> Persistente | <input type="checkbox"/> Retirado |
| <input type="checkbox"/> Otro | | | | |
| <input type="checkbox"/> N/A | | | | |

Alimentación y Dieta

¿Le preocupa la alimentación o la dieta del niño?*

Sí No

¿El niño usa actualmente alguna adaptación de alimentación?*

Sí No

Desarrollo de la Alimentación

Cuándo comenzó el niño aproximadamente a realizar las siguientes actividades

Usando una botella	<input type="text"/> meses	<input type="checkbox"/> Inseguro	<input type="checkbox"/> No ha comenzado
Usando un chupete	<input type="text"/> meses	<input type="checkbox"/> Inseguro	<input type="checkbox"/> No ha comenzado
Comiendo comida de bebe	<input type="text"/> meses	<input type="checkbox"/> Inseguro	<input type="checkbox"/> No ha comenzado
Comiendo comida de mesa	<input type="text"/> meses	<input type="checkbox"/> Inseguro	<input type="checkbox"/> No ha comenzado
Bebiendo de una taza	<input type="text"/> meses	<input type="checkbox"/> Inseguro	<input type="checkbox"/> No ha comenzado
Bebiendo de una taza de sippy	<input type="text"/> meses	<input type="checkbox"/> Inseguro	<input type="checkbox"/> No ha comenzado
Usando una popote	<input type="text"/> meses	<input type="checkbox"/> Inseguro	<input type="checkbox"/> No ha comenzado
Dejar de usar una botella	<input type="text"/> meses	<input type="checkbox"/> Inseguro	<input type="checkbox"/> No ha comenzado
Dejar de usar un chupete	<input type="text"/> meses	<input type="checkbox"/> Inseguro	<input type="checkbox"/> No ha comenzado
Usar utensilios para comer	<input type="text"/> meses	<input type="checkbox"/> Inseguro	<input type="checkbox"/> No ha comenzado
Sosteniendo su propia botella	<input type="text"/> meses	<input type="checkbox"/> Inseguro	<input type="checkbox"/> No ha comenzado
Comer sin ayuda	<input type="text"/> meses	<input type="checkbox"/> Inseguro	<input type="checkbox"/> No ha comenzado

Amamantamiento:

Actualmente
 Destetado
 Nunca

Preocupaciones Actuales de Alimentación

Describe Cualquier Problema de Alimentación

Las Preferencias Alimentarias Son

Las Aversiones a la Comida Son

Áreas de Dificultad

Masticación Babeando
 Necesidades Comunicativas Tragar
 Transición entre alimentos Comprensión de Palabras
 Mandíbula se mueve / desliza / sobresale

Adaptaciones de Alimentación Actuales

Por favor seleccione las adaptaciones de alimentación usado acualmente y describe detalles adicionales abajo

Líquidos espesados Consistencia

Utensilios adaptados Detalles

Asientos adaptados Detalles

Suplementos de calorías Detalles

Alimentación por sonda Cantidad Cuantas veces por día

Habla, lenguaje y comunicación

¿Tiene inquietudes con respecto a las habilidades de habla, lenguaje o comunicación del niño?*

Sí No

Hitos de Hablar

¿Cuándo comenzó el niño aproximadamente a realizar las siguientes actividades?

- Baluceo meses Inseguro No ha comenzado
- Diciendo las primeras palabras meses Inseguro No ha comenzado
- Nombrar objetos familiares meses Inseguro No ha comenzado
- Poniendo 2 palabras juntas meses Inseguro No ha comenzado
- Usar oraciones cortas meses Inseguro No ha comenzado
- Primeras palabras

Habilidades de Comunicación

¿El niño:

- Responde correctamente a las preguntas de sí / no? Sí No
- Sigue instrucciones simples? Sí No
- Responder cuando se llama su nombre? Sí No
- Tartamudea? Sí No
- Reconoce objetos, personas, o lugares? Sí No
- Tiene un discurso que sea entendido por la mayoría de las personas? Sí No

Problemas de comunicación

Tipos de Comunicación

Comunicación primaria verbal no-verbal

¿Dispositivo de comunicación aumentativo?

Detalles

Seleccione el método primario de comunicación verbal usado

- Ninguno Frases de 2 palabras
- Vocalizaciones Oraciones completas
- Palabras solas

Seleccione el método primario de comunicación no verbal usado

- Expresiones faciales Gestos
- Lenguaje corporal Señalando
- Lenguaje de señas manual La mirada

¿Quién vive en el hogar?

Seleccione todas las que correspondan*

<input type="checkbox"/> Madre biológica	<input type="checkbox"/> Madre adoptiva	<input type="checkbox"/> Hermanos	Edades	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Padre biológico	<input type="checkbox"/> Padre adoptivo	<input type="checkbox"/> Otro pariente	Por favor especifica	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Madrastra	<input type="checkbox"/> Abuela	<input type="checkbox"/> Guardián legal	Por favor especifica	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Padrastro	<input type="checkbox"/> Abuelo			

Comentarios

Adopción

¿Fue adoptado el niño? Sí No

A que edad fue la Adopción

Proporcione detalles adicionales de la adopción (ej. país, situación de vida anterior del niño, etc.)

Tipo de Hogar

<input type="radio"/> Apartamento en 1ro piso	<input type="radio"/> Casa de 1 piso	<input type="radio"/> Centro de vida asistida	<input type="radio"/> Hogar grupal
<input type="radio"/> Apartamento en 2do piso	<input type="radio"/> Casa con 2 pisos	<input type="radio"/> Centro de enfermería especializada	<input type="radio"/> Otro <input type="text"/>

Escalera

¿Hay escaleras al entrar la casa? Sí No ¿Cuántos? ¿Pretil?

¿Hay escaleras entre la casa? Sí No ¿Cuántos? ¿Pretil?

¿Hay una rampa al entrar la casa? Sí No

¿Dónde está el baño? ¿Dónde está el dormitorio (cuarto de cama)?

¿El niño usa algún equipo para ayudar con las actividades, la movilidad o el posicionamiento?*

Sí No

Seleccione todas las que correspondan

Tirantes	<input type="checkbox"/> Usa en Casa	<input type="checkbox"/> Usado en la escuela/guardería	Aprox. edad del equipo	<input type="text"/>
Caminante	<input type="checkbox"/> Usa en Casa	<input type="checkbox"/> Usado en la escuela/guardería	Aprox. edad del equipo	<input type="text"/>
Stander	<input type="checkbox"/> Usa en Casa	<input type="checkbox"/> Usado en la escuela/guardería	Aprox. edad del equipo	<input type="text"/>
Silla de ruedas manual	<input type="checkbox"/> Usa en Casa	<input type="checkbox"/> Usado en la escuela/guardería	Aprox. edad del equipo	<input type="text"/>
Silla de ruedas eléctrica	<input type="checkbox"/> Usa en Casa	<input type="checkbox"/> Usado en la escuela/guardería	Aprox. edad del equipo	<input type="text"/>
Hoyer Lift	<input type="checkbox"/> Usa en Casa	<input type="checkbox"/> Usado en la escuela/guardería	Aprox. edad del equipo	<input type="text"/>
Chaleco ponderado	<input type="checkbox"/> Usa en Casa	<input type="checkbox"/> Usado en la escuela/guardería	Aprox. edad del equipo	<input type="text"/>
Férula(s) de mano	<input type="checkbox"/> Usa en Casa	<input type="checkbox"/> Usado en la escuela/guardería	Aprox. edad del equipo	<input type="text"/>
Sistema de vías	<input type="checkbox"/> Usa en Casa	<input type="checkbox"/> Usado en la escuela/guardería	Aprox. edad del equipo	<input type="text"/>
Otro <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Usa en Casa	<input type="checkbox"/> Usado en la escuela/guardería	Aprox. edad del equipo	<input type="text"/>
Otro <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Usa en Casa	<input type="checkbox"/> Usado en la escuela/guardería	Aprox. edad del equipo	<input type="text"/>
Otro <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Usa en Casa	<input type="checkbox"/> Usado en la escuela/guardería	Aprox. edad del equipo	<input type="text"/>

Detalles/Comentarios

¿El niño recibe actualmente algún servicio?*

Sí No

Seleccione todas las que correspondan

Technología de asistencia

Tipo Estado Frecuencia ¿Donde?

Audiología

Tipo Estado Frecuencia ¿Donde?

Terapia de comportamiento

Tipo Estado Frecuencia ¿Donde?

Historia de desarrollo

Tipo Estado Frecuencia ¿Donde?

Servicios EI (Intervención temprano)

Tipo Estado Frecuencia ¿Donde?

Terapia de traje intensivo

Tipo Estado Frecuencia ¿Donde?

Terapia de visión

Tipo Estado Frecuencia ¿Donde?

Nutrición

Tipo Estado Frecuencia ¿Donde?

Terapia ocupacional

Tipo Estado Frecuencia ¿Donde?

Terapia física

Tipo Estado Frecuencia ¿Donde?

Terapia social

Tipo Estado Frecuencia ¿Donde?

Terapia de habla / lenguaje

Tipo Estado Frecuencia ¿Donde?

Clínica de seguimiento de desarrollo

Tipo Estado Frecuencia ¿Donde?

Otro

Tipo Estado Frecuencia ¿Donde?

Escuela

¿Tiene su hijo IFSP?*

Sí No

¿Su hijo tiene un IEP de la escuela?*

Sí No

Grado en escuela

Nombre de escuela

¿Su hijo ha completado una evaluación psicológica o neuropsicológica?

Sí No

Comentarios adicionales

Actividades de la Comunidad

¿El niño participa en grupos comunitarios o actividades deportivas?*

Sí No

En caso afirmativo, proporcione más detalles

Programa de Inicio

¿Realiza actualmente un programa en casa con el niño? (por ejemplo, estiramiento, actividades de fortalecimiento, cepillado, etc.)?*

Sí No

En caso afirmativo, describa lo que hace