



Habla/Lenguaje: Formulario de historial del niño(a)

Nombre _____ Fecha _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Pronombres _____

Escuela _____ Grado _____

Idioma nativo _____ Idioma primario _____

Nombre del padre/madre/tutor _____ Nombre del padre/madre/tutor _____

Dirección _____

Dirección (si es diferente) _____

Teléfono _____ Teléfono _____

Residencial Laboral Celular (MARQUE UNO) Residencial Laboral Celular (MARQUE UNO)

Teléfono alternativo _____ Teléfono alternativo _____

Residencial Laboral Celular (MARQUE UNO) Residencial Laboral Celular (MARQUE UNO)

Dirección de correo electrónico _____ Dirección de correo electrónico _____

Persona que llena el formulario _____

Nombre del médico _____ Teléfono _____

Referido por _____

SEGURO:

Primario _____ Secundario _____

Póliza # _____ Póliza # _____

Grupo # _____ Grupo # _____

Nombre del afiliado _____ Nombre del afiliado _____

Fecha de nacimiento del afiliado _____ Fecha de nacimiento del afiliado _____

Número de teléfono y dirección del afiliado _____

HISTORIAL DE COMUNICACIÓN

1. Describa el comportamiento comunicativo de la manera más completa posible. Incluya información sobre el habla, gestos, expresiones faciales, etc.

2. ¿Cuál es el motivo de su actual preocupación por la comunicación del niño(a)?

3. ¿Qué quisiera ganar con el uso de nuestros servicios?

4. ¿El/La niño(a) ha recibido alguna evaluación o ayuda previa para la comunicación?

Sí ____ No ____ En caso afirmativo, ¿dónde? _____ ¿Cuándo? _____

¿Qué tipo de ayuda fue? _____

5. ¿Qué cosas ha intentado cambiar en el comportamiento comunicativo del niño(a)?

6. ¿Cuándo notó por primera vez que el/la niño(a) tenía una dificultad con la comunicación?

7. ¿Qué otros problemas de comunicación han ocurrido en su familia?

8. ¿A qué edad el/la niño(a) empezó a hablar? _____ ¿Imita sonidos? _____

¿Palabras? _____ ¿Frasas y oraciones cortas? _____

9. ¿Puede recordar algunas de sus palabras?

10. ¿Hubo alguna dificultad en la alimentación temprana? _____

11. ¿Ha tenido alguna dificultad para masticar o tragar?

12. ¿Cómo reacciona el/la niño(a) a su dificultad con la comunicación?

13. ¿Cómo reaccionan los demás a su dificultad?

14. ¿Usted y los demás miembros de la familia pueden entender el habla del niño(a)? _____
¿Los extraños le entienden? _____
15. Si el/la niño(a) no habla, ¿de qué manera comunica sus deseos y necesidades?

16. ¿El comportamiento comunicativo del niño(a) cambia cuando habla con personas diferentes? (Por ejemplo, madre, padre, hermano, hermana, profesor(a), amigos, extraños, otros niños)

17. ¿El habla del niño(a) suena parecido al de otros niños de su misma edad? Sí No
18. ¿El/La niño(a) se puede comunicar sin frustrarse? Sí No
19. ¿El/La niño(a) puede repetir palabras? Sí No
20. ¿Usted siente que el/la niño(a) puede escuchar bien? Sí No
21. ¿Le han examinado la audición? En caso afirmativo, ¿cuándo? _____ Sí No
22. ¿Usted siente que el/la niño(a) entiende lo que usted le dice? Sí No
23. ¿El/La niño(a) se relaciona bien con usted? Sí No
24. ¿El/La niño(a) se relaciona bien con los demás? Sí No
25. ¿El/La niño(a) entiende las instrucciones que le dan? Sí No
26. ¿El/La niño(a) usa una variedad de palabras cuando se comunica? Sí No
27. ¿El/La niño(a) puede recontar un cuento o secuencias de eventos? Sí No
28. ¿El/La niño(a) puede notar cuando 2 palabras riman, como [mat] y [bat]? Sí No
29. ¿Cuáles son los juguetes favoritos del niño(a)?

30. ¿Cuáles son las actividades favoritas del niño(a)?

31. Describa cómo juega el/la niño(a) con sus compañeros de juego favoritos.

32. ¿Quién cuida al niño(a) cuando usted no está disponible? (por ejemplo, niñera, pariente, preescolar, guardería)

- ¿Dónde? En el hogar ____ En otro lugar ____
- ¿Cuántas veces a la semana esta persona cuida al niño(a)? _____
- ¿Cómo reacciona esta persona ante la dificultad de comunicación del niño(a)? _____

HISTORIAL DE PARTO Y DESARROLLO

1. ¿Qué, si acaso algo, fue inusual sobre el embarazo o nacimiento?

2. ¿Cuánto duró el embarazo? 7 meses ____ 8 meses ____ 9 meses ____ Otro _____

3. ¿La madre tomó algún medicamento durante el embarazo? En caso afirmativo, por favor indíquelo.

4. ¿Cuál fue el peso de nacimiento? ____ lb. ____ oz.

5. ¿Cuándo logró sentarse sin apoyo? ____ ¿Caminó? ____ ¿Se alimentó solo(a)? ____

6. ¿Cuándo aprendió a ir al baño? _____

HISTORIAL MÉDICO

1. ¿Qué problemas de salud ha tenido el/la niño(a) (por ejemplo, nariz, garganta, oídos, etc.)? _____

2. Enfermedades tempranas y edades aproximadas:

Sarampión ____ Varicela ____ Paperas ____

Dolores de oído ____ Epilepsia/Convulsiones ____ Otro ____

Fiebre alta ____ ¿Qué tan alta? ____ ¿Por cuánto tiempo? ____

3. ¿Le han removido las amígdalas, adenoides, o ambas?

En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

4. ¿Alguna vez han hospitalizado al niño(a)? _____

¿Por qué? _____ ¿A qué edad? _____

¿Durante cuánto tiempo? _____

Por indique cualquier condición que el/la niño(a) tiene que podría afectar su progreso en la escuela.

HISTORIAL FAMILIAR Y SOCIAL

1. Indique los niños y adultos que viven en el hogar, aparte de los padres/tutores del niño(a)?

Nombre _____ Edad _____

Nombre _____ Edad _____

Nombre _____ Edad _____

2. ¿Algún miembro de la familia ha sido atendido(a) en la Clínica de habla y audición Eckelmann-Taylor?

En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

3. ¿El/La niño(a) está actualmente inscrito en una terapia? _____ En caso afirmativo, ¿dónde? _____