



FORMULARIO DE LA HISTORIA DE CASOS DE NIÑOS

Responda las siguientes preguntas lo mejor que pueda y devuelve el formulario a la clínica antes de la evaluación programada. Si hay algunas preguntas que no puedes responder, déjelas en blanco. Sus respuestas nos ayudarán para ganar tiempo para comprender el problema de su hijo.

I. INFORMACIÓN RUTINA

Nombre y Apellido de su hijo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Género o Sexo: _____

Nombre y Apellido de los padres/guardián: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____

Teléfono de trabajo: _____

Teléfono móvil: _____

Correo electrónico: _____

Nombre y apellido de la persona que está escribiendo información: _____

La relación: _____

Seguro médico: _____

Nombre y apellido de titular de la póliza: _____

Numero póliza: _____

Raza del niño/a * _____

0 = No reportado 1= Nativo Americano/Nativo de Alaska 2 = Negro/afroamericano 3 = Asiático/ Isleño del Pacifico 4 = Hispano 5 = Blanco/Caucásico

* Esta información es requerida para ser usada con el solo propósito de diversidad de casos. Tu repuesta no afectará la consideración de la aplicación de su hijo.

¿Por qué está solicitando una evaluación del habla del lenguaje? _____

II. LA SITUACIÓN ACTUAL DE HABLA Y LENGUAJE

¿Su hijo entiende lo que usted le dice? _____ Si no, describa sus reacciones:

¿Su hijo tiene problemas para entender el habla de otras personas? _____ Ejemplos:

¿Sabes por qué tu hijo no entiende? _____ Explica, por favor: _____

¿Su hijo responde constantemente a los sonidos en la casa (timbre, teléfono, etc.) _____

Explica: _____

¿Crees que es la pérdida auditiva? _____ ¿Por qué? _____

¿La audición de su hijo ha sido evaluado? _____

¿Su hijo intenta hablar? _____ ¿Los padres entienden el habla del niño? _____

¿Hermanos? _____ ¿Desconocidos? _____

¿Cuál es la reacción de su hijo cuando su habla no es entendido? _____

¿Qué hace su hijo para expresarse cuando al hablar no es entendido por otros? _____

¿Su hijo dice tanto como la mayoría de los niños de la misma edad? _____ Un ejemplo de una oración que su hijo podría decir: _____

¿Su hijo puede pronunciar palabras bien? _____ Enlista palabras o sonidos que su hijo pronuncia incorrectamente: _____

Escoge las habilidades que mejor describa su hijo:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> responde sólo a sonidos ruidoso | <input type="checkbox"/> no hace sonidos vocal |
| <input type="checkbox"/> responde sólo a sonidos en la casa | <input type="checkbox"/> sólo balbuceo |
| <input type="checkbox"/> entiende palabras sueltas | <input type="checkbox"/> habla palabras único |
| <input type="checkbox"/> entiende frases sencillas | <input type="checkbox"/> habla en frases sencillas |
| <input type="checkbox"/> entiendes direcciones y frases complicadas | <input type="checkbox"/> usa frases complicadas |
| <input type="checkbox"/> usa solo gestos | |

¿Su hijo duda y/o repite sonidos y palabras? _____ ¿Con qué frecuencia sucede esto? _____

¿Cuándo notó por primera vez este comportamiento? _____

Describe cualquier comportamiento de esfuerzo que acompaña las dudas/repeticiones: _____

¿Qué, más bien, has hecho al respecto? _____

¿La voz de su hijo demasiado alta? _____ ¿Demasiado baja? _____ ¿Demasiado débil o silencioso? _____ ¿La inusual la claridad de la voz de su hijo? _____ Si es así, describa: _____

¿El habla de su hijo es demasiado rápido? _____ ¿Demasiado lento? _____

¿Hay alguna causa física para las repuestas anteriores? Si es así, explique: _____

III. HISTORIA DEL DESARROLLO

A. Historia Nacimiento

¿Estado de la madre durante embarazo? _____

¿Termino Completo? _____ ¿Si fue prematuro, cuántos semanas de gestación? _____

¿Peso al nacer? _____ ¿Longitud de nacimiento? _____

¿Hay alguna evidencia de lesión al nacer? _____ Si es así, describa: _____

¿Indicio debilidad o mala salud al nacer? _____ Explica: _____

¿Dificultad al iniciar la respiración? _____

B. Crecimiento

¿Durante la infancia, su hijo demostró tener problemas con la alimentación o problemas al tragar algo? _____ Describe: _____

¿Su hijo aumenta en peso y estatura normalmente? _____ Si no, describa: _____

C. Motor

Edad su hijo se sentó _____ Edad que gateó _____ Edad que caminó _____
¿Su hijo parece tener coordinación normal para su edad? _____ Si no, describa: _____

¿Cuál mano utiliza su hijo? _____

D. DESARRAOLLO DEL HABLA

¿Su hijo balbuceo y arrullo durante los primeros diez meses? _____

¿A qué edad su hijo usó palabras sencillas de manera significativa? _____

¿A qué edad su hijo usó frases/oraciones cortas? _____

E. Desarrollo General

¿Su hijo tiene oportunidades para jugar con otros niños? _____

¿Qué edades están los niños? _____ ¿Cuántas veces por semana? _____

¿Su hijo le gusta jugar con otros niños o prefiere jugar solo? _____

¿A qué edad su hijo empezó alimentarse por sí solo? _____

¿Vestirse? _____ ¿Inodoro entrenado? _____

¿Su hijo presenta algún problema de comportamiento especial? _____ Si es así, describa: __

IV. HISTORIA MÉDICA

A. Enlista enfermedades/condiciones, efectos y la severidad: _____

B. Enlista significativa cirugías, edades y efectos: _____

C. Enlista operaciones y edades para cada operación: _____

D. Nombre de la pediatra de su hijo _____

Dirección _____

Teléfono: _____

E. Enlista medicaciones que su hijo está tomando actualmente (nombre/dosis/horario) _____

F. ¿Su hijo tiene alergias o restricciones dietéticas? _____

V. HISTORIA DE LA ESCUELA

A. Completa todo lo siguiente que se aplica a su hijo:

| Asistencia | Nombre y Lugar | Edad Empezó | Fechas |
|---------------------|----------------|-------------|--------|
| Jardín de infancia: | _____ | | |
| Escuela primaria: | _____ | | |
| Escuela intermedia: | _____ | | |
| Escuela secundaria: | _____ | | |

B. Estado

Enlista materias que son especialmente difíciles para su hijo: _____

Describe cualquier problema serio de comportamiento en la escuela _____

¿Su hijo ha repetido un grado? ____ ¿Cuál y por qué? _____

¿La asistencia escolar de su hijo ha sido regular? _____

Describe la participación de su hijo en actividades después escuela: _____

VI. HISTORIA DEL IDIOMA

A. Describe cualquier trabajo especial en el habla y / o lenguaje en la escuela _____

Fechas _____ Grupo o sesiones individuales _____ Frecuencia _____

Nombre de la terapeuta y escuela _____

B. ¿Su hijo ha recibido servicio de habla/lenguaje en cualquier otra clínica o agencia? _____

Enlista los nombres de las otras clínicas o agencias donde su hijo ha sido evaluado o tratado por habla, lenguaje, dificultad auditiva. Adjunte copias de cualquier informe a este formulario.

Nombre, Ubicación, Fechas, Evaluado, Tratamiento

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

C. Describa la ayuda dado a su hijo por su familia, amigos, médicos, que no ha sido reportado antes de, en intentos de ayudar a su hijo para corregir dificultades para hablar.

VII. HISTORIA SOCIAL Y FAMILIAR

A. Familia

Nombre del padre _____ Edad _____

Lugar de nacimiento _____ Ocupación _____

Educación completado: ___ Octavo grado ___ Escuela Secundaria ___ Universidad ___ Otro ___

Nombre de madre _____ Edad _____

Lugar de nacimiento _____ Ocupación _____

Educación completado: ___ Octavo grado ___ Escuela Secundaria ___ Universidad ___ Otro ___

Nombres y edades de los hermanos _____

Otros en el hogar _____

Describa cualquier historial familiar de habla / lenguaje o dificultades auditivas (por ejemplo: problemas de aprendizaje, tartamudeo, deterioro de la articulación, sordera, etc.):

Enlista idiomas que se hablan en la casa o en el entorno cotidiano: _____
