



14391 Metropolis Ave. #101/102
Fort Myers, FL 33912
Phone: (239) 561-2778
Fax: (239) 561-8107

HISTORIA CLINICA DE TERAPIA

Fecha: _____
Quien esta completando este cuestionario? _____ Relacion al Niño/Niña: _____
Quien te hablo de nuestra practica? _____ Medico de referencia: _____
Medico del Niño/Niña: _____ Grupo: _____ Ubicacion: _____
Especialista (s) del Niño/Niña: (Por favor proporcione nombres, numeros de telefono y grupos)

INFORMACION IDENTIFICATIVA

Nombre del Niño/Niña: _____
Apodo: _____ Numero de Seguro social: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad del Niño/Niña: _____
Direccion: _____
Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Codico postal: _____
Numero de celular: _____ Numero de trabajo: _____
Numero de casa: _____ Numero de telefono alternativo: _____
Correo electronico: _____

INFORMACION DE FAMILIA

Niño/Niña vive con: (circula una)
Padres biologicos Padres adoptivos Padre de acogida Padre biologico y padatastro/madastra
Padre biologico Madre biologica Otro: _____
Nombre Edad Ocupacion
Padre/Guardian: _____
Padre/Guardian: _____
Otro (Abuela, guardian, etc.): _____

Si la direccion de cualquiera de los Padres es diferente a la del niño/niña, por favor indique:

Fue su hijo/hija adoptado? Si es asi, Cuando? _____

Otros Niños en la familia:

Nombre	Sexo	Edad	Escuela y Grado	Deficit relacionado a Terapia de habla, Terapia Fisica, Terapia Ocupacional
--------	------	------	-----------------	---

El cuidador durante el dia del niño/niña: (circula uno)

Familiar(es) Escuela Programa de guarderia Niñera

Hay un idioma diferente al ingles que se habla en el hogar? (circula uno) SI NO

Si la respuesta es si, cual es? _____ Su hijo/hija habla el idioma? SI NO

HISTORIA MEDICA

Mes/Año del ultimo examen fisico: _____ Doctor _____

Es tu hijo/hija en (circula uno) *bueno* justa pobre salud?

Por favor liste:

Enfermedades/Accidentes/Hospitalizaciones (incluir edad):

Alergias:

Cirugias (incluir edad/fecha):

Tratamientos/Medicamentos y dosis:

Tiene su hijo/hija alguno de los siguientes? (Si es si, describe)

Deficit Visual _____

Convulsiones _____

Defecto de audicion _____

Dispositivo para caminar _____

Corse o carrera (aparato en los pies _____

Lentes _____

Audifinos/tubos en los oidos _____

Silla de rueda _____

Sonda de alimentacion o sitio de osteomielitis _____

Defecto fisico o de la extremidad _____

Paladar hendido o defecto del labio, mejillas, mandibula, lengua, dentadura postiza

Emocional, comportamiento, o problemas para dormir

Dates of other pertinent medical examinations (e.g. neurological, psychological, and ENT):

Fecha: _____ Doctor: _____ Resultados _____

Fecha: _____ Doctor: _____ Resultados: _____

Fecha: _____ Doctor: _____ Resultados: _____

HISTORIA FAMILIAR

Alguien en la familia ha sido diagnosticado con alguno de los siguientes? (Circula y indique la relacion al Niño/Niña):

Discapacidad de aprendizaje _____ ADD/ADHD _____

Dislexia _____ Desarrollo de habilidades motoras retrasados _____

Retraso del habla/lenguaje/desorden _____ Trastorno del espectro autista/PDD _____

Trastorno del procesamiento sensorial _____ Hipotonia _____

HISTORIA EDUCACIONAL

El Niño/Niña asiste: Escuela Pre-escolar Escuela Escuela en casa Guarderia

Nivel de grado (Si es aplicable—circula): Escuela Pre-escolar Kindergarten 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

La mayor materia del niño/niña en la escuela: _____

Areas de preocupacion sobre el desempeño del niño/niña en la escuela:

Si hijo/hija ha repetido un grado? SI NO Si es si, cual es? _____

Cual es su impresion de las habilidades sociales de su hijo/hija?

Su hijo muestra algun problema de comportamiento o atencion en la escuela?

Participa su hijo/hija en actividades pasatiempos extracurriculares? SI NO Si es si, por favor liste: _____

HISTORIA DEL DESAROLLO

Este es nuestro hijo/hija (circula opcion aplicable): Biologico Adoptado

El Embarazo

Que embarazo fue este niño/niña? (Circula el que aplica) 1 2 3 4 5

Durante el embarazo, ubo lo siguiente (circula el que aplica):

Incompatibilidad de la sangre

Toxemia

Diabetes

De fumar

Parto temprano

Enfermedad

Sangriamiento

Abuso de sustancias o quimicos

Cualquier cosa considerada inusual durante el embarazo?

El parto

Peso de nacimiento: _____

Nacio el niño/niña prematuramente? SI NO Si es si, por cuantas semanas? _____

Circula opcion que aplique : Parto fue: Normal Cesariano Recamara Otro: _____

Describe cualquier complicacion durante el parto:

Recien nacido

Durante el primer mes fue tu hijo/hija? (Indicar por cuanto tiempo):

Ictericia _____

En isolette _____

Alimentado a través del tubo _____

En soporte de vida _____

Sedado _____

Otro _____

Infancia

Calificación de círculo aplicable:

Aumento de Peso	apropiado	area de preocupacion
Alimentacion	apropiado	area de preocupacion
Llorando	apropiado	area de preocupacion
Dormir	apropiado	area de preocupacion
Nivel de actividad	apropiado	area de preocupacion
Intimidad	apropiado	area de preocupacion

Hubo dificultades de alimentacion durante la infancia? SI NO

Si la respuesta es si, describe:

Tuvo el niño/niña dificultades para pasar a diferentes texturas de alimentos? SI NO

Si la respuesta es si, describe:

Su hijo tiene una dieta limitada debido a una alimentacion "delicada"? SI NO

Si la respuesta es si, describe:

Hitos del desarrollo (Indica la edad y describe cualquier problema observado):

Sentarse sin apoyo	
Se arrasto/Gatio	
Camino solo/sola	

Corrio	
Primero comio solidos pure	
Aguanto botella solo/sola	
Baño entrenado para controlar la vejiga.	
Baño entrenado para el control intestinal	
Permanecio seco durante la noche	
Dio la vuelta/rodo	
Quitarse la ropa solo/sola	
Primero comio bocaditos	
Tomo de un vaso	
Se vistio sin ayuda	
Se paro sin apoyo	

Circule todo lo que corresponda:

Su hijo usa que metodos de alimentacion?

Come con los dedos

Usa un tenedor

Usa una cuchara

Toma de un vaso abierto

Utiliza un sorbeto

Es necesaria la asistencia de un adulto con la alimentacion? SI NO Si es si, explica:

Alguna vez su hijo/hija se ha atragantado con los alimentos solidos? SI NO

Su hijo/hija tose con liquidos? SI NO

Su niño/niña babea? SI NO Si es si, cuando? _____

Usaba/usa un chupete(bobo) su niño/niña? SI NO Si ya no se usa, a que edad se le quito:

Su hijo/hija continua poniendose objetos en la boca? SI NO

El niño/niña se chupa o se chupaba el dedo? SI NO Si es si, hasta cuando? _____

El niño/niña chupa su pelo/ropa/cobija/etc.? SI NO Si es si, que? _____

El niño/niña resiste el cepillado dental? SI NO Le gusta bañarse? SI NO

Culumpios? SI NO Fiestas ? SI NO Juego brusco ? SI NO

Eniño(s)/niña prefiere jugar: Solo/sola Con otros niños Niños mayores Niños mayores
Con adultos

Es su hijo/hija demasiado sensible a los sonidos fuertes? SI NO Luces brillantes? SI NO

Etiquetas en la ropa? SI NO

Tiene su hijo/hija dificultad durmiendose? SI NO Manteniendose dormido/a?
SI NO

DESAROLLO DEL HABLA, LENGUAJE Y AUDICION

Siente que su hijo tiene un problema del habla? SI NO

Si la respuesta es si, por favor describe:

Ha tenido alguna vez una evaluacion del habla o ha tenido terapia del habla? SI NO

Si la respuesta es si donde y cuando?

Que te dijeron?

En que estaba trabajando el o ella?

Que otras evaluaciones/terapias ha recibido su hijo/hija (Terapia fisica, terapia ocupacional, asesoramiento, vision, etc.)?

Su hijo/hija esta al tanto o esta frustrado por cualquier dificultad para hablar o dificultad con el habla?

Que ves como el problema mas dificil de tu hijo/hija en el hogar?

A que edad dijo el niño/niña su primera palabra(s)? _____

El aprendizaje del habla alguna vez pareció detenerse por un periodo de tiempo? SI NO

Si la respuesta es si, explica:

Circula todo que aplica:

Niño/Niña habla: Mucho De vez en cuando nunca

Niño/Niña usa con mas frecuencia: sonidos una palabra sola Oraciones de 2-3 palabras
Oraciones de 3+ palabras

Es su hijo/hija difícil de entender? SI NO

Parece que su hijo/hija entiende lo que se le dice? SI NO

Su hijo/hija hace el contacto visual apropiado? SI NO

Alguna vez su hijo/hija tiene problemas para recordar lo que le ha dicho? SI NO

DISCURSO ACTUAL/LENGUAJE/AUDICION

Hace su hijo/hija...

Repite sonidos, palabras o frases una y otra vez? SI NO

Entiende lo que dices? SI NO

Recuperar/señalar objetos comunes a peticiones (bola, vaso, zapato)? SI NO

Sigue instrucciones simples ("cierra la puerta" o "ve busca tus zapatos")? SI NO

Responde correctamente a preguntas de si o no? SI NO

Responde correctamente a preguntas de quien/que/donde/cuando/porque? SI NO

Su hijo/hija se comunica actualmente utilizando : (circula)

Lenguaje corporal sonidos (vocales, gruñidos) palabras ("zapato", "perrito",
"arriba")

2-4 palabras

4+ palabras/oraciones

other _____

CARACTERISTICAS DE COMPORTAMIENTO

Circule todo lo que corresponda:

Cooperativo/a Atento/a Dipuesto/a a probar nuevas actividades Terco/a

Juega solo/a por un tiempo razonable Facilmente frustrado Impulsivo inquieto

