

**FORULARIO DE INFORMACIÓN: NIÑO**

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN PERSONAL**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la madra/la responsable: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/el responsable: \_\_\_\_\_

Cuántos hermanos tiene? \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Nombre de su doctor: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de la oficina del doctor: \_\_\_\_\_

¿Quién lo/la refirió a nuestra clínica? \_\_\_\_\_

Nombre de la maestra: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ ¿En cuál grado está? \_\_\_\_\_

Dirección de la escuela: \_\_\_\_\_

¿Para qué quiere usted recibir servicios de nuestra clínica? \_\_\_\_\_

¿Qué espera usted de la terapia/ la evaluación? \_\_\_\_\_

---

## INFORMACIÓN GENERAL

Háganos el favor de contestar las preguntas en forma complete.

1. ¿Cuáles idiomas habla su familia en casa? ¿En cuál idioma responde su hijo/a? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. ¿Con quién(es) pasa su hijo/a la mayoría de su tiempo? \_\_\_\_\_
3. ¿Cómo se comunica su hijo/a- gestos, palabras, frases, oraciones, etc.? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. ¿Hay otras personas en su familia que de muestran dificultades de habla y lenguaje, por ejemplo: tartamudea, paladar hendido, parálisis cerebral, retraso mental, síndrome de Down, etc.? ¿Quiénes son? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. ¿Por cuánto tiempo ha estado su familia en los estados unidos? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. ¿Cómo se porta su hijo/a confamilia, con compañeros en la escuela, con amigos, con extranjeros? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. ¿Ha recibido su hijo/a servicios de algún especialista – terapeuta de habla y lenguaje, neurólogo, psicólogo, otorrinolaringólogo, etc.? ¿Cuándo? ¿Por cuánto tiempo? ¿Para qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. ¿Tiene su hijo/a problemas en seguir sus instrucciones? ¿Hay situaciones o circunstancias en que obedece mejor? Describa. \_\_\_\_\_

9. ¿Se frustra su hijo/a en ciertas situaciones? ¿Cuáles? Describa. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. ¿Por cuánto tiempo puede su hijo/a poner atención en una sólo cosa? Describa las actividades que le fascinan. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. ¿Está su hijo/a consciente del problema? \_\_\_\_\_

**HISTORIA ESCOLAR:**

(Si su hijo/a no asiste a una escuela, se puede omitir esta parte del formulario.)

1. ¿Ha la maestra notado en su hijo/a algún problema /alguna dificultad con el habla, el comportamiento, los oídos? Describa. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. ¿Tiene su hijo/a problemas con la tarea? ¿Son las instrucciones difíciles de entender para su hijo/a? ¿Entiende su hijo/a lo que tiene que hacer? ¿Está su hijo/a organizado/ preparado en sus estudios?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿Recibe su hijo/a servicios particulares en la escuela? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. ¿Estudia su hijo/a bajo un plan de educación individualizado (IEP)? ¿Usted puede proveer nos una copia del plan?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**HISTORIA MÉDICA**

1. ¿Cómo fue el embarazo? ¿Tuvo usted cualquier tipo de problema? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. ¿Cómo fue el parto? ¿Fue natural o cesario? ¿Cuánto tiempo duró? ¿Hubo complicaciones?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿Por cuánto tiempo se quedó usted en el hospital después del parto? \_\_\_\_\_
4. ¿Ha tendido su hijo/a alguna cirugía? ¿Cuándo? ¿Para qué?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. ¿Toma su hijo/a alguna medicina? ¿Cuál(es)? ¿Para qué? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. ¿Ha tenido su hijo/a algún problema cuando chupa, come, traga, bebe, etc.?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. ¿Cómo responde su hijo/a a sonidos en general, altos, bajos? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. Describa heridas o traumas que ha sufrido su hijo/a. Indique si tenía que ir al hospital. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
9. ¿Tiene su hijo/a algún problema con su dentadura? ¿con su mandíbula? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
10. ¿Respira su hijo/a por la nariz o por la boca? \_\_\_\_\_
11. ¿Tiene su hijo/a alergias a medicinas? ¿A cuál(es)? ¿Cómo reacciona? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
12. Indique a qué edad empezó su hijo/a a hacer las cosas siguientes:

<b>DESTREZA</b>	<b>EDAD EN QUE LA LOGRO</b>
Balbucear	
Gatear	
Sentarse solo	
Pararse solo	
Caminar	
Darse de comer	
Vestirse solo	
Usar el servicio (dejar de usar pañuelos)	
Nombrar objetos	
Usar palabras completas	
Usar preguntas sencillas	
Formar una oración completa	

13. Indique si, edad, y con cuán frecuencia tuvo su hijo/a las enfermedades siguientes.

Sí	No	Enfermedad	Edad	Con cuán frecuencia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección de los oído		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias: ¿Cuáles?		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Catarro/ refrió frecuente		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareos		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Encefalitis		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebres altas		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sarampión		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Viruela		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neumonía		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Astma		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataques: - desmayo -ataque epiléptico -convulsiones		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones de las amígdalas (amigdalitis)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rubéola		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toz (ronca)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paperas		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se queja de ruido en los oídos		