

FORMULARIO DEL HABLA Y LENGUAJE PARA NIÑOS

Adjunte **TODOS** los recientes reportes de doctores, terapeutas, y otros proveedores.

Date Received:

OFFICE USE ONLY

INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Nombre: _____ Fecha de Aplicación: _____
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE DIA / MES / AÑO

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____
DIA / MES / AÑO PAIS, CIUDAD, ESTADO NIÑO/NIÑA

Domicilio: _____
NUMERO Y CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

¿Cuáles idiomas hable el niño/la niña y a qué porcentaje? _____

Problema principal (¿Por qué se requiere una evaluación?)

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

PADRE: _____ ¿El padre vive en casa? Sí No Ocupación: _____
APELLIDO, NOMBRE

Domicilio: _____
NUMERO Y CALLE (SI ES DIFERENTE) CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

en casa: (_____) _____ - _____ # celular: (_____) _____ - _____ # de trabajo: (_____) _____ - _____

Correo electrónico: _____ Nivel de educación: _____

MADRE: _____ ¿La madre vive en casa? Sí No Ocupación: _____
APELLIDO, NOMBRE

Domicilio: _____
NUMERO Y CALLE (SI ES DIFERENTE) CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

en casa: (_____) _____ - _____ # celular: (_____) _____ - _____ # de trabajo: (_____) _____ - _____

Correo electrónico: _____ Nivel de educación: _____

HERMANOS/AS ¿Cuántos hermanos/as tiene el niño/la niña? _____

Por favor escriba los nombres, fecha de nacimiento e información sobre el habla y lenguaje de cada hermano/a.

Nombre: _____ FDN: _____ Dificultades del habla/lenguaje? Explique: _____

Nombre: _____ FDN: _____ Dificultades del habla/lenguaje? Explique: _____

Nombre: _____ FDN: _____ Dificultades del habla/lenguaje? Explique: _____

Nombre: _____ FDN: _____ Dificultades del habla/lenguaje? Explique: _____

¿Cuáles hermanos/as viven en casa? _____

INFORMACIÓN ESCOLAR

Nombre de la escuela o guardería: _____ Nivel: _____

Idiomas usados en la escuela/guardería: _____ Idiomas usados en casa: _____

¿La maestra del niño/la niña ha mencionado alguna preocupación sobre el desarrollo del habla y lenguaje?

¿El niño/la niña recibe servicios especiales o terapias en la escuela? ¿Qué tipo de servicios y que tan frecuente?

¿Cómo se comporta el niño/la niña en la escuela?

¿Cómo se comporta el niño/la niña cuando juega con otros niños?

HISTORIA DEL EMBARAZO Y PARTO

El embarazo fue Completo Prematuro

¿Hubo complicaciones durante el embarazo o el parto? Si No Por favor, explique:

HITOS DEL DESARROLLO

¿A qué edad empezó a demostrar lo siguiente?:

Sentarse solo/a:

AÑOS	MESES

Caminar sin ayuda:

--	--

Decir palabras completas:

--	--

Usar frases de dos palabras:

--	--

Hablar en oraciones de tres o más palabras:

AÑOS	MESES

Seguir instrucciones de un paso:

--	--

Seguir instrucciones de dos pasos:

--	--

Contar un cuento con tres o más partes:

--	--

¿Aproximadamente, cuántas palabras tiene en su vocabulario? _____

¿El niño/la niña entiende lo que se le dice con palabras y sin usar ningún gesto? Si No Explique:

HISTORIA DEL HABLA Y LENGUAJE

¿A qué edad notaron un problema del habla y lenguaje? _____

¿Otras personas o familiares han notado el problema? Si No Por favor, explique.

¿Cómo reacciona el niño/la niña a su problema? Por favor, explique.

¿El niño/la niña ha sido evaluado por un terapeuta del habla y lenguaje? Si No

Nombre del terapeuta: _____

Lugar: _____

¿Cuáles fueron las recomendaciones? Explique.

¿El niño/la niña ha recibido servicios del habla y lenguaje? Si No Por favor, explique.

Nombre del terapeuta: _____

Lugar: _____

¿Cuáles fueron las recomendaciones? Explique.

En este espacio escriba sus comentarios, información, o inquietudes sobre el habla y lenguaje de su niño/a:

REFERENCIA

¿Quién lo refirió a nuestra clínica? _____

Nombre de quien llenó este formulario: _____ Relación al niño/la niña: _____

¿Que idiomas habla? _____

¿Cuál es su primer idioma? _____ ¿Segundo idioma? _____

¿A qué porcentaje se habla el niño/la niña el primer idioma? No se la habla este idioma o _____
(De 0% - 100%)

¿A qué porcentaje se habla el niño/la niña el segundo idioma? No se la habla este idioma o _____
(De 0% - 100%)

HISTORIA MÉDICA

Pediatra o doctor: _____ Teléfono: (____) ____ - ____

Hospital: _____ Teléfono: (____) ____ - ____

DOMICILIO DE HOSPITAL

CIUDAD

ESTADO

CODIGO POSTAL

¿El niño/la niña ha tenido alguna cirugía? Si No ¿Cuándo? ¿Para qué?

Describa heridas o traumas que ha sufrido el niño/la niña. Indique si fue internado/a.

¿El niño/la niña toma algún medicamento? Si No ¿Cuáles medicamentos? ¿Para qué?

El niño/la niña padece de: ataques epilépticos convulsiones desmayos frecuentes
 otra cosa: _____ nada

¿El niño/la niña escucha bien? Si No Explique:

¿Ha tenido una evaluación de audición? Si No ¿Dónde? ¿Cuáles fueron los resultados y recomendaciones?

¿Ha tenido infecciones del oído? Si No ¿Qué tan frecuentemente? _____
¿Qué tan severas fueron las infecciones? _____

¿El niño/la niña es alérgico/a? Si No Por favor, explique.

Indique cuales aparatos usa el niño/la niña:

Lentes Audífonos Frenos Otros aparatos: _____

Cuando alla terminado de llenar este formulario (y ha adjuntado todos los documentos apropiados) por favor mande por correo o fax a la dirección o numero proveído en la primera pagina. Alguien le llamara cuando su aplicación sea procesada.