

# 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?  Si  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?  Si  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.