



Habla-Lenguaje-Audición

Formulario Historial Del Caso



Número 69

Identificación e Información Familiar:

Nombre del Niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M F

Nombre del Padre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Celular: _____

_____ Correo Electrónico: _____

Nombre de la Madre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Celular: _____

_____ Correo Electrónico: _____

Nombre del Médico: _____ Teléfono del Médico: _____

El niño/a vive con (marque uno):

Padres Biológicos Uno de los Padres Otro _____

Padres Adoptivos Padre y Madrastra _____

Familia de Acogida Madre y Padrastro _____

Otros niños en la familia:

Nombre	Edad	Sexo	Grado	Problemas del Habla y Audición
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Raza/Origen Étnico del Niño/a:

Caucásico, No Hispano Hispano Afroamericano

Nativo Americano Asiático o Isleño del Pacífico Otro _____

¿Hay algún otro idioma hablado en el hogar en adición al inglés? Sí No

Si su respuesta es sí, ¿cuál idioma? _____

¿Habla el niño/a el otro idioma? Sí No

¿Entiende el niño/a el otro idioma? Sí No

¿Quién habla el otro idioma? _____

¿Cuál idioma prefiere el niño/a hablar en el hogar? _____

Habla-Lenguaje-Audición

¿Sospecha usted que su niño/a tiene un problema con el habla? Sí No

Si su respuesta es sí, por favor descríbalo. _____

¿Sospecha usted que su niño/a tiene un problema de audición? Sí No

Si su respuesta es sí, por favor descríbalo. _____

¿Ha tenido él/ella en el pasado una evaluación /análisis del habla? Sí No

Si su respuesta es sí, ¿dónde y cuándo? _____

¿Qué le dijeron a usted? _____

¿Ha tenido él/ella en el pasado una evaluación /análisis de audición? Sí No

Si su respuesta es sí, ¿dónde y cuándo? _____

¿Qué le dijeron a usted? _____

¿Ha recibido su niño/a terapia del habla en el pasado? Sí No

Si su respuesta es sí, ¿dónde y cuándo? _____

¿En qué área estaba trabajando él/ella? _____

¿Ha recibido su niño/a alguna otra evaluación o terapia (terapia física, asesoramiento, terapia ocupacional, visión, etcétera)? Sí No

Si su respuesta es sí, por favor descríbalo. _____

¿Está su niño/a consciente de o frustrado por cualquier dificultad con el habla/lenguaje?

¿Qué piensa usted es el problema más difícil para su niño/a en el hogar?

¿Qué piensa usted es el problema más difícil para su niño/a en la escuela?

Historial del Nacimiento

¿Hubo algo inusual/raro acerca del embarazo o el nacimiento? Sí No

Si su respuesta es sí, por favor descríballo. _____

¿Qué edad tenía la madre cuándo nació el niño/a? _____

¿Estuvo la madre enferma durante el embarazo? Sí No

Si su respuesta es sí, por favor descríballo. _____

¿Cuántos meses fue el embarazo? _____

¿Fue el niño/a al hogar con su madre después del hospital? Sí No

Si el niño/a se quedó en el hospital, por favor describa por qué y cuánto tiempo. _____

Historial Médico

¿Ha tenido su niño/a problemas con cualquiera de los siguientes?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Adenoidectomía | <input type="checkbox"/> Encefalitis | <input type="checkbox"/> Incautaciones |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Virus de la Gripe | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Dificultades de respiración | <input type="checkbox"/> Lesión de la cabeza | <input type="checkbox"/> Dificultad durmiendo |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Fiebre alta | <input type="checkbox"/> Habito chupándose el dedo pulgar |
| <input type="checkbox"/> Resfriados | <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Amigdalotomía |
| <input type="checkbox"/> Infección del oído | <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Amigdalitis |
| ¿Con qué frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Problemas de visión |
| <input type="checkbox"/> Tubos del oído | <input type="checkbox"/> Escarlatina | |

Otras lesiones o cirugías serias: _____

¿Está su niño/a corrientemente (o recientemente) bajo el cuidado de un médico?

Sí No

Si su respuesta es sí, ¿por qué? _____

Por favor liste todos los medicamentos que su niño/a toma regularmente: _____

Historial del Desarrollo

Por favor escriba la edad aproximada en que su niño/a logró los siguientes hitos del desarrollo:

_____ sentarse (sin ayuda)
_____ balbucear
_____ poner dos palabras juntas
_____ caminó

_____ sujetó un crayón/lápiz
_____ dijo sus primeras palabras
_____ habló en oraciones cortas
_____ aprendió a usar el inodoro

Su niño/a...

- ¿Se ahoga con comida o líquidos?
- ¿Corrientemente pone juguetes/objetos en su boca?
- ¿Cepilla sus dientes y/o permite que lo peinen?

Habla – Lenguaje – Audición Actual

Su niño/a...

- ¿Repite sonidos, palabras o frases una y otra vez?
- ¿Entiende lo que usted le dice?
- ¿Retriva/Apunta a objetos comunes cuando se lo pides (pelota, taza, zapato)?
- ¿Sigue instrucciones simples (“cierra la puerta” o “recoge tus zapatos”)?
- ¿Responde correctamente a las preguntas de sí / no?
- ¿Responde correctamente a las preguntas quién/qué/dónde/cuándo/por qué?

Su niño/a presentemente se comunica usando...

- el lenguaje de su cuerpo
- sonidos (vocales, gruñendo)
- palabras (zapato, perro, arriba)
- dos a cuatro palabras por oración
- oraciones con más de cuatro palabras
- Otro _____.

Características de comportamiento

- cooperativo
- atento
- dispuesto a tratar actividades nuevas
- juega solo por una cantidad de tiempo razonable
- dificultad con la separación
- fácilmente frustrado/impulsivo
- testarudo
- inquieto
- contacto visual pobre
- fácilmente distraído/poca atención
- destructivo/agresivo
- retraído
- un comportamiento inadecuado
- un comportamiento abusador a sí mismo

Historial Escolar

Si su niño/a está en la escuela, por favor conteste lo siguiente:

Nombre de la escuela y grado escolar: _____

Nombre del Maestro/a: _____

¿Ha repetido su niño/a un grado escolar? _____

¿Cuáles son las fortalezas de su niño/a y/o sus mejores clases académicas? _____

¿Está teniendo su niño/a dificultades con alguna clase académica? _____

¿Está recibiendo su niño/a ayuda en cualquier clase académica? _____

Comentarios Adicionales
