

FORMULARIO - HISTORIAL CLÍNICO INFANTIL

Cualquier cliente que solicite servicios en la Clínica del Habla y Lenguaje de Ludden debe responder todas las preguntas de la manera más completa y precisa posible

Si tiene alguna información de otros profesionales, como registros médicos o evaluaciones escolares, envíe copias de esos documentos junto con este formulario.

***Para su información, esta instalación no está libre de cacahuete.*

La Clínica Ludden del Habla y Lenguaje mantiene la confidencialidad de todos los archivos de los clientes, incluyendo cualquier documentación que usted haya adquirido en otras instalaciones.

INFORMACIÓN GENERAL: (Escribir Claramente)

Nombre del Niño(a): _____ Fecha: _____

Nombre Preferido del Niño(a) (si es otro): _____

Pronombres Preferidos del Niño(a): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Domicilio: _____
(Calle) Ciudad/Estado Código Postal

Escuela: _____ Grado o Tipo de Clase: _____

Idioma del Niño(a): (Favor de señalar uno): Monolingüe Bilingüe Multilingüe

Idioma de los Guardianes: (Favor de señalar uno): Monolingüe Bilingüe Multilingüe

¿Qué idioma(s) hablan en casa? _____

INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre Guardian Principal: _____ Correo Electrónico: _____

Teléfono Primario: _____ Teléfono Secundario: _____

Pronombres Preferidos del Guardian Principal: _____

Nombre Guardian Secundario: _____ Correo Electrónico: _____

Teléfono Primario: _____ Teléfono Secundario: _____

Pronombres Preferidos del Guardian Secundario: _____

Hermanos y Hermanas (nombres y edades): _____

INFORMACIÓN REFERENCIAL

Nombre de la Persona que le Refirió: _____

Profesión de la Persona o su Relación al Niño(a): _____

HISTORIAL PRENATAL Y DE NACIMIENTO

Durante el embarazo, ¿la madre experimentó alguna enfermedad o accidente inusual, o requirió algún medicamento? Favor de explicar:

Duración del Embarazo: _____ Duración del Parto: _____ Peso al Nacer _____

Tipo de Parto (favor de señalar): Vaginal Cesárea

¿Alguna dificultad para prenderse al amamantar o alimentar con biberón?: Sí No

¿Su hijo experimentó alguna condición inusual inmediatamente después del nacimiento (Favor de señalar todos los que apliquen):

Dificultad al Respirar	Alimentar/Chupar	Ictericia(color Amarillo)	Reflujo
Tono Muscular Bajo	Temperatura Corporal	Asfixia	Problemas Gastro-Intestinales
Otro			

**Favor de proporcionar más información sobre cualquier dificultad señalada:

HISTORIAL MÉDICO

Pediatra: _____ Teléfono: _____

Proporcione edades aproximadas en las que su hijo(a) experimentó cualquiera de las siguientes enfermedades o condiciones. Por favor indique N/A, si no aplica:

Alergias _____	Asma _____	Varicela _____
Resfriados _____	Tos de Crup _____	Mareos _____
Oído Drenante _____	Infecciones Oído _____	Amigdalitis _____
Encefalitis _____	Sarampión _____	Influenza _____
Dolores de Cabeza _____	Fiebres Altas _____	Convulsiones _____

Mastoiditis_____ Rubéola_____ Meningitis_____

Paperas_____ Neumonía_____ Lesión en la Cabeza_____

Sinusitis_____ Tinnitus_____ RSV(virus respiratorio)_____

**Favor de proporcionar más información sobre cualquier enfermedad/condición señalada:

¿Su hijo(a) ha tenido alguna cirugía, accidente u hospitalización? Si es así, ¿de qué tipo y cuándo?

¿Tiene su hijo(a) algún diagnóstico médico (trastorno del espectro autista, parálisis cerebral, síndrome de Down, pérdida auditiva)? En caso afirmativo, especifique y proporcione qué profesional proporcionó el diagnóstico.

¿Su hijo(a) está tomando algún medicamento? Si es así, por favor enumere.

¿Ha tenido su hijo(a) alguna reacción negativa a los medicamentos? Por favor describa.

¿Su hijo(a) tiene alguna alergia?

HISTORIAL DEL DESARROLLO

Proporcione la edad aproximada a la que su hijo(a) comenzó las siguientes actividades:

Gatear:_____ Sentarse: _____ Pararse: _____ Caminar: _____

Alimentarse a sí mismo(a) _____ Vestirse solo(a): _____ Usar el baño: _____

COMMUNICACIÓN Y LENGUAJE

Describa sus inquietudes con respecto al habla, el lenguaje y la audición de su hijo(a):

LENGUAJE RECEPTIVO (favor de señalar todos los que apliquen):Mi hijo(a) *entiende*:

palabras individuales preguntas con respuestas de "sí" o "no"
 frases preguntas como "dónde", "cuándo", "quién"
 conversación preguntas de rutina como "siéntate" "deténte"

LENGUAJE EXPRESIVO

¿Qué edad tenía su hijo(a) cuando:

Balbuceó? _____ Dijo su primera palabra? _____

Combinó palabras? _____ Utilizó frases? _____

Mi hijo(a) actualmente utiliza los siguientes modos de comunicación (marque todos los que correspondan)

gesticulaciones frases oraciones conversación
 palabras (¿aproximadamente cuántas?) _____
 lenguaje por medio de señas (¿aproximadamente cuántas?) _____

¿Cuándo empezó a preocuparse por el habla de su hijo(a)?

¿Hay algo que usted haga que parezca ayudar a su hijo(a) cuando tiene dificultades de comunicación?

¿Su hijo(a) es consciente de sus dificultades de comunicación?

¿Hay algún historial de dificultades del habla, del lenguaje o de la audición en su familia? Si es así, descríballo.

¿Los maestros de su hijo han expresado alguna preocupación con respecto a la comunicación o el habla de su hijo(a)? Si es así, descríballo.

¿Algún otro especialista del habla y lenguaje ha visto a su hijo(a)? Si es así, ¿quién y cuándo?
¿Cuáles fueron sus conclusiones o sugerencias? (Por favor incluya cualquier información con este formulario)

Si su hijo(a) recibió servicios anteriores a través del Programa de Intervención Temprana, ¿le dieron de alta de los servicios antes de cumplir 3 años? ¿Cuáles fueron las recomendaciones del equipo de Intervención Temprana antes del alta?

¿Algún otro especialista (por ejemplo, psicólogo, neurólogo, médico, terapeuta, maestro de educación especial, audiólogo) vio a su hijo(a)? Si es que sí, ¿qué tipo de especialista?
¿cuándo fue atendido su hijo(a) y cuáles fueron sus conclusiones o sugerencias?

¿Está su hijo(a) actualmente recibiendo alguna terapia del habla, física u ocupacional? Si es que sí, ¿dónde?

¿Tiene su hijo(a) un Plan de Educación Individualizado (IEP) en la escuela? **Si es que sí, envíe una copia del IEP con este formulario.**

Incluya cualquier informe o información adicional que pueda ser útil en la evaluación y/o solución del problema de habla/lenguaje de su hijo(a).

**Para ser considerado para una evaluación o tratamiento, este formulario debe completarse en su totalidad.

Persona que llenó este formulario: _____

¿Es usted el padre, la madre o guardian legal del niño(a)? _____

Firma: _____ Fecha: _____

Este formulario debe estar firmado por el padre o tutor legal del niño(a).