

## **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).**