



FORMULARIO DE HISTORIA CLÍNICA DE UN MENOR

Responda las siguientes preguntas lo mejor que pueda y devuelva el formulario a la clínica. Si hay algunas preguntas que no puede responder, déjelas en blanco.

I. INFORMACIÓN DE RUTINA

Nombre de su hijo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo _____

Nombre de los padres/tutores: _____

Dirección: _____

Teléfono principal: _____ Celular Casa Trabajo

Teléfono secundario: _____ Celular Casa Trabajo

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre de la persona que está dando la información: _____

Relación: _____

Seguro médico: _____

Número de póliza: _____

Origen étnico*: Hispano o latino No hispano o latino Otro/se negó a especificar

Raza del menor* _____

Raza: 0 = No lo reportó/se negó a especificar 1= Indio americano/nativo de Alaska
2 =Negro/afroamericano 3 = Asiático/isleño del Pacífico 4 = Blanco/caucásico

* Esta información se pide únicamente con el fin de describir la diversidad de casos. Su respuesta no afectará para que se considere la solicitud de su hijo.

II. ESTADO ACTUAL DEL HABLA Y DEL LENGUAJE

¿Su hijo está hablando o intentando hablar actualmente? **Sí** **No**
Si respondió Sí, indique aproximadamente cuánto del habla de su hijo entienden las siguientes personas (circule según corresponda):

Padres/cuidadores: 25 % o menos 50 % 75 % 90 a 100 %

Personas desconocidas: 25 % o menos 50 % 75 % 90 a 100 %

Haga una lista de los sonidos o las palabras que su hijo pronuncia incorrectamente: _____

¿Qué reacción tiene su hijo cuando no se entiende lo que dice? _____

Seleccione las competencias que mejor describen a su hijo:

responde únicamente a sonidos fuertes no emite sonidos vocales

responde únicamente a los sonidos en la casa únicamente balbucea

entiende palabras sueltas dice palabras sueltas

entiende oraciones simples habla en oraciones simples

entiende instrucciones y oraciones complejas usa oraciones complejas

únicamente usa gestos

¿Qué tipo de progreso o cambios ha visto en las competencias del habla y del lenguaje de su hijo en los últimos seis meses?

III. HISTORIA DEL DESARROLLO

A. Historia de nacimiento

¿Cuántas semanas de gestación? _____ ¿Peso al nacer? _____

¿Alguna complicación durante el embarazo, el parto o inmediatamente después del nacimiento?

B. Crecimiento

Durante la infancia, ¿su hijo demostró algún problema para comer o para tragar? _____

Describa: _____

¿Aumentó su hijo de estatura y peso normalmente? _____ Si respondió que No, descríballo:

C. Motricidad

Edad en la que se sentó _____ Edad en la que gateó _____ Edad en la que caminó _____

¿Su hijo hace frecuentemente alguna de las siguientes cosas a la hora de comer? (Marque cualquiera que corresponda):

___ Tose/se ahoga con los líquidos

___ Tose/se ahoga con la comida

___ Evita ciertas texturas/comida (“mañoso para comer”)

Su hijo alguna vez: Usó un chupete Se chupó el dedo

¿Qué tipo de tazas usa su hijo actualmente y de manera eficiente? (Marque cualquiera que corresponda)

Taza abierta Taza con pajilla Taza para dar sorbos Biberón Otro:

¿A qué edad comenzó su hijo a comer solo? _____

¿A vestirse solo? _____ ¿A entrenar para ir al baño? _____

D. Desarrollo del habla

¿Su hijo balbuceó y gorgėjo durante los primeros diez meses? _____

¿A qué edad comenzó su hijo a usar palabras sueltas de manera significativa? _____

¿A qué edad comenzó su hijo a combinar 2 o 3 palabras en frases? _____

IV. ANTECEDENTES MÉDICOS

A. Enumere las enfermedades/condiciones y sus efectos y gravedad: _____

B. Enumere las lesiones importantes, edades y efectos: _____

C. Enumere las operaciones y edades para cada operación: _____

D. Nombre del pediatra actual de su hijo _____
Dirección _____
Teléfono _____

E. Enumere cualquier medicamento que su hijo esté tomando actualmente (nombre/dosis/horario)

F. ¿Su hijo tiene alergias o restricciones dietéticas? _____

V. HISTORIAL ESCOLAR

Complete todo lo siguiente que corresponda a su hijo:

Nombre y lugar	Edad en la que entró	Fechas
Preescolar: _____		
Elementary School: _____		
Junior High: _____		
Senior High: _____		

VI. HISTORIAL RESPECTO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE

Enumere los nombres de otras clínicas o agencias en las que hayan evaluado o tratado a su hijo por dificultades auditivas, del habla y del lenguaje. Adjunte copias de cualquier informe a este formulario.

Nombre	Lugar	Fechas de evaluación/tratamiento que recibe actualmente	¿Servicios? Sí/No
1. _____			
2. _____			
3. _____			
4. _____			

¿Hay algún otro equipo médico que esté tratando actualmente a su hijo? ¿Su hijo está recibiendo otras terapias aparte de la terapia del habla? Indique el tipo y lugar/frecuencia.

Nombre Lugar Fechas de evaluación/tratamiento que recibe actualmente ¿Servicios?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

VII. ANTECEDENTES FAMILIARES Y SOCIALES

Nombre de los padres _____ Edad _____

Lugar de nacimiento _____ Ocupación _____

Si no es desde el nacimiento, ¿cuánto tiempo ha vivido en los Estados Unidos? _____

Lengua materna _____ Otros idiomas que habla: _____

Educación que completó: ___ Elementary/Middle ___ High School ___ College ___ Otra

Nombre de los padres _____ Edad _____

Lugar de nacimiento _____ Ocupación _____

Si no es desde el nacimiento, ¿cuánto tiempo ha vivido en los Estados Unidos? _____

Lengua materna _____ Otros idiomas que habla: _____

Educación que completó: ___ Elementary/Middle ___ High School ___ College ___ Otra

Nombres y edad de los hermanos y hermanas _____

Otros en el grupo familiar _____

Describa cualquier antecedente familiar de dificultades del habla/lenguaje o audición (por ejemplo, problemas de aprendizaje, tartamudez, problemas de articulación, sordera, etc.) _____

¿Qué idiomas se hablan en la casa de su hijo o en el entorno cotidiano? _____
