

FORMULARIO DE HISTORIA CLINICA DEL NINO/A

Favor proporcionar, en la medida de su capacidad, la siguiente información sobre su hijo/a. Si una pregunta no es aplicable a su hijo/a escriba "NA" en el espacio correspondiente. Si necesita más espacio para responder una pregunta en particular, puede adjuntar una hoja separada.

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo del niño/a _____

Nombre de la Madre _____ Nombre del Padre _____

Dirección _____ Ciudad _____, Estado _____ Código Postal _____

Condado _____ Correo Electrónico _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono Móvil _____

Teléfono del Trabajo: De la Madre _____ Del Padre _____

Escuela _____ Distrito Escolar _____ Grado _____

Nombre de Professor/a _____

Dirección de la Escuela _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Idiomas que se hablan en casa _____ Idioma Principal _____

Nombre de la persona que está llenando este cuestionario _____

Relación con el niño/a _____

Nombre del doctor del niño/a: _____

Número del doctor: _____

Descripción del problema:

¿Cuándo noto por primera vez el problema?

¿A qué edad comenzó el problema? _____

¿Qué parece afectar (si hay) la severidad del problema?

¿Se ha tenido un diagnóstico? _____

¿Si es así, cuál es?

¿Quién le refirió a esta clínica?

¿Algunos de los siguientes términos han sido aplicados?

- Retraso Mental
- Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (ADHD)
- Trastorno por Déficit de Atención (ADD)
- Trastorno del Desarrollo Generalizado no Especificado (PDD-NOS)
- Parálisis Cerebral
- Autismo
- Infección de oído medio crónico
- Incapacidad de Aprendizaje y Lenguaje (LDD)
- Síndrome de Down
- Paladar hendido
- Desorden de Procesamiento Auditivo
- Incapacidad del Lenguaje (LD)
- Incapacidad Emocional
- Retraso del Desarrollo

DESARROLLO DEL HABLA

¿Durante su infancia, el niño hacía sonidos? _____ ¿A qué edad aproximadamente? _____

¿Sin o con usted hablarle a él/ella? _____ Edad de sus primeras palabras _____

¿A qué edad el niño/a puso dos palabras juntas? (Eje; “Quiero galleta”) _____

Edad que el niño/a puso tres palabras juntas (Eje; Mami se va) _____

¿El niño/a hablaba poco o mucho? _____

Describe:

Algunos periodos cuando el niño/a dejo de hablar? _____

Si es así, por favor describa:

¿Tiene el niño/a, dificultad pronunciando palabras? _____

¿Tiene el niño/a dificultad entender lo que se dice? _____

Tiene el niño/a dificultad para expresarse verbalmente? _____

Si es así, describa

¿Se han tenido evaluaciones anteriores del habla/lenguaje? _____

¿Si es así, por quién? _____

¿Cuándo? _____

¿Dónde? _____

Resultados _____

Se ha tenido previa terapia de habla/ lenguaje? _____

¿Si es así, por quién? _____

¿Cuándo? _____

¿Dónde? _____

Resultados _____

¿Se ha hecho un esfuerzo en casa para corregir el problema? _____

¿Si es así, por quién?

¿Qué métodos se usaron para corregir el problema?

¿Ha habido familiares con problemas de habla/lenguaje? _____

Si es así, por favor establezca la relación familiar y el/los problema/s

HISTORIA DE NACIMIENTO

¿Cómo fue la salud de la madre durante el embarazo?

Alguno/acaso de: ¿Sarampión? _____ ¿Caídas? _____ ¿Drogas? _____

¿Alcohol? _____ ¿RH negativo? _____ ¿Número de embarazos anteriores? _____

¿Número de hijos vivos? _____ ¿Duración de su embarazo con este niño/a? _____

¿Doctor que atendió el parto? _____

Parto: ¿Difícil? _____ ¿Fácil? _____ ¿Lesión? _____ ¿Duración del Parto?

¿Venía de pies? _____ ¿Cesárea? _____ ¿Puntaje de AGPAR? _____

Nombre del Pediatra del niño/a: _____

Dirección del Pediatra: _____

Código Postal _____

Estatus del Infante: ¿Peso de nacimiento?: _____ ¿Largo de nacimiento? _____

¿Forma de Cabeza? _____ ¿Ictérico? _____ ¿Amamantado? _____

¿Cólico? _____

¿Problemas de alimentación? _____

DESARROLLO MOTOR

¿Edad al sostener su cabeza? _____ ¿Edad al sentarse? _____

Como gateo el niño/a (¿Manos y Rodillas? ¿Estomago? ¿Hacia Adelante? ¿Hacia Atrás?

Describe _____

¿Edad de sus primeros pasos por sí mismo/a? _____ Describe, Coordinación: _____

Con que mano el niño/a: ¿Escriba? _____ ¿Tira la pelota? _____

¿Come? _____ ¿Usa herramientas? _____

¿El niño ha cambiado el uso de una mano a otra? _____

¿Es algún familiar zurdo? _____

Si es así, especifique la relación:

HISTORIA MÉDICA

¿Existen problemas médicos graves? _____

Si es así, Listar

¿Ha habido pruebas de visión? _____

¿Si es así, por quién? _____

¿Tiene visión normal? _____ ¿Usa Lentes? _____

¿En caso afirmativo, Cuanto tiempo desde el último examen? _____

Diga el problema de visión: _____

¿A qué edad le fueron prescritos lentes? _____

¿Alguna tendencia a imprimir letras y números al revés? _____

¿Si es así, cuál? _____

¿Alguna tendencia a leer palabras o números al revés? _____ ¿Es su trabajo en papel organizado?

¿Ha habido prueba de audición? _____ ¿Si es así, por quién? _____

¿Dónde? _____

¿Resultados? _____

¿Cuándo fue el último examen de audición? _____

¿Fue a la audición normal? _____

Si no, establezca el problema: _____

¿Se usa aparato auditivo? _____ ¿Izquierdo? _____ ¿Derecho? _____ ¿Tipo?

¿Dolores de oídos y/o infecciones? _____

¿Si es así, que tratamiento médico fue necesario? _____

¿Edad(es) en las que el niño tuvo problemas en el oído? _____ ¿Fecha de la última infección? _____

¿Qué medicamentos, si alguno, fue prescrito?

¿Se le han colocado tubos de ecualización de presión (PE)? _____

¿Si es así, que fecha? _____

¿Que usted sepa, los tubos todavía están en su lugar? _____

¿Ha tendió el niño convulsiones? _____ ¿Si es así, cuando?

¿Se le han recetado medicamentos? _____ ¿Si es así, liste _____

¿Algunos desmayos? _____

¿Si es así, cuando? _____

¿Alguna otra información pertinente? (como accidentes, operaciones, alergias, etc.)

¿A qué edad tuvo control de vejiga durante el día? _____ ¿Durante la noche? _____ ¿Hora que el niño va a la cama?

¿Hora que el niño se despierta? _____

¿Algunos problemas durmiendo? _____

HISTORIA ESCOLAR

¿Algún problema en la escuela? _____ Si es así, marque las áreas problemáticas: Comprensión de lo que se dice _____

¿Expresarse oralmente? _____ ¿Lectura? _____ ¿Escritura? _____ ¿Ortografía? _____

¿Matemática? _____

¿Prestar atención? _____ ¿Memoria? _____ ¿Atletismo? _____

Llevarse bien con sus compañeros _____

¿Otros? _____

Tipo de clase: ¿Educación Regular? _____

¿Educación especial? _____

Si, educación especial, como fue calificado el niño (Ej. Discapacidad de aprendizaje)

¿Los profesores han notado problemas? _____

¿Si es así, que fue indicado? _____

Grados actuales _____

Estimé el nivel de lectura del niño/a _____

¿Algún Recurso de ayuda? _____ Tutoría Privada _____

¿Ha cambiado el rendimiento escolar? _____

¿Sobre los años? _____

¿Si es así, cómo? _____

¿Ha repetido un grado el niño? _____ ¿Si es así, que grado? _____

¿Por qué?

¿Cuáles son sus mejores materias?

¿Cuáles sus peores? _____

¿Tiene el niño problemas, trabajando independientemente? _____

¿Tienen otros miembros de la familia problemas de aprendizaje? _____

Si es así, establezca la relación familiar y el problema:

INFORMACION SOCIAL Y DE HOGAR

Parientes: Edad de la madre _____ Educación (nivel más alto) _____

Ocupación actual _____

Edad del padre _____ Educación (nivel más alto) _____ Ocupación actual _____

¿Divorciado? _____ ¿Cuándo? _____ ¿Separado? _____ ¿Cuándo? _____

¿Padrastros o padres de crianza? _____

Hermanos:

Hermanos: _____

Edades _____ ¿Algún problema? _____

Hermanas: _____

Edades _____ ¿Algún problema? _____

¿Hay otras personas que viven en el hogar? _____ Por favor describa la edad y relación de las otras personas. _____

¿Tiene su niño/a amigos? ¿Muchos? _____ ¿Pocos? _____ ¿Muy Pocos? _____

¿Tiende su niño/a a socializarse con niños: ¿de su edad? _____ ¿Menores que él/ella? _____ ¿Mayores que él? _____

¿Cuál es la actitud del niño/a hacia el problema del habla? _____

¿Cuál es la actitud de la familia, amigos y familiares hacia los problemas del habla del niño/a? _____

PREGUNTAS Y COMENTARIOS ADCICIONALES

Melcher Life Sciences

3871 Holman Street, Room M156 • Houston, TX 77204-6018

713.743.0915 • Fax 713.743.2926 • uslhc@uh.edu • uh.edu/class/cond/slhc

