



## Historial de Paciente Nuevo: Terapia de Habla, Ocupacional y Fisica

### Información general

Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F  
 Doctor que hizo la referencia: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_  
 Doctor Primario (si es diferente al que menciono arriba): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Padre(s) o niñera(s): \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular : \_\_\_\_\_  
 Trabajo: \_\_\_\_\_ correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Podemos dejar mensajes en teléfono de casa o celular refiriéndose a citas?**  Si  No

Por favor describa sus preocupaciones sobre el desarrollo de su hijo(a):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Su hijo(a) asiste a la escuela/guardería?  Si  No; si contesto si, en donde? \_\_\_\_\_

Nombre de maestra(o)? \_\_\_\_\_ Teléfono#: \_\_\_\_\_

Grado? \_\_\_\_ Tipo de clase? \_\_\_\_\_ Sala de recursos?  Si  No ESL clase?  Sí  No

Sala de recursos y / o en el aula de ESL nombre del maestro? \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Su hijo(a) recibe algún servicio a través de la escuela?  Si  No; si contesto si, que servicio? \_\_\_\_\_

Nombre de terapeuta? \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Su hijo(a) actualmente tiene un plan de educación individualizado (IEP)?  Si  No;

Si contesto si, cuando es su próxima reunión de IEP?-- \_\_\_\_\_

**Si marcó SI y su hijo está cubierto por Medicaid o SC Tricare, por favor proporcione una copia del IEP de su hijo antes de la evaluación se lleva a cabo lo que se requiere para autorización de Medicaid**

Indique otros diagnósticos que su hijo haya recibido:

Diagnostico	Doctor que dio diagnostico	Fecha aproximada del diagnostico

### Antecedents familiares

Es su hijo adoptado o hijo de crianza?  Sí  No

Si contesto si, ¿qué edad tenía su hijo cuando él / ella entró en su casa? \_\_\_\_\_ Donde nació? : \_\_\_\_\_

Quien vive en su casa?

Nombre	Relacion con el paciente	Edad


Con quien pasa más tiempo su hijo(a)? \_\_\_\_\_  
 Idioma que hablan en casa? \_\_\_\_\_ Idioma primario? \_\_\_\_\_

- ¿Hay antecedentes familiares (padres, hermanos, familia extensa) de cualquiera de los siguientes?
- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> pérdida auditiva | <input type="checkbox"/> paladar hendido   | <input type="checkbox"/> problema del habla                    | <input type="checkbox"/> convulsiones                  |
| <input type="checkbox"/> prematuro        | <input type="checkbox"/> enfermedad mental | <input type="checkbox"/> retraso en el lenguaje                | <input type="checkbox"/> alcoholismo                   |
| <input type="checkbox"/> uso de drogas    | <input type="checkbox"/> ADD/ADHD          | <input type="checkbox"/> dificultades de lectura / aprendizaje | <input type="checkbox"/> desorden del espectro autista |

*Historia prenatal y nacimiento*

Terminó completo  Prematuro \_\_ semanas  cesárea  Parto normal Cuanto peso al nacer: \_\_\_\_\_  
 Tamaño: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo estuvo su hijo en el hospital después de su nacimiento? \_\_\_\_\_ Si más que el promedio, por favor describa cualquier complicación con el embarazo o el parto: \_\_\_\_\_

Su hijo fue intubado?  Si  No En caso afirmativo, por favor describa cuánto tiempo fue intubado su hijo y en un ventilador, así como otro tipo de apoyo respiratorio como CPAP, cánula nasal;, etc.: \_\_\_\_\_

Durante el embarazo la madre experimento alguno de lo siguiente (marque todo lo que corresponda)

- |                                       |   |   |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> hemorragia   | <input type="checkbox"/> uso de drogas                      | <input type="checkbox"/> uso de alcohol |
| <input type="checkbox"/> fumo         | <input type="checkbox"/> diabetes                           | <input type="checkbox"/> presión alta   |
| <input type="checkbox"/> preeclampsia | <input type="checkbox"/> fue hospitalizada (explique) _____ |   |

*Historia medica*

Marque cualquiera de las siguientes que se aplican a su hijo(a):

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> enfermedad crónica     | <input type="checkbox"/> infecciones crónicas   | <input type="checkbox"/> colicos               | <input type="checkbox"/> problemas bronquiales o pulmonares |
| <input type="checkbox"/> hospitalizaciones      | <input type="checkbox"/> problemas con la vista | <input type="checkbox"/> problemas de audición | <input type="checkbox"/> defecto cardíaco                   |
| <input type="checkbox"/> problemas para dormir  | <input type="checkbox"/> enuresis nocturna      | <input type="checkbox"/> dificultad para comer | <input type="checkbox"/> diabetes                           |
| <input type="checkbox"/> infección en los oídos | <input type="checkbox"/> convulsiones           | <input type="checkbox"/> sarampion             | <input type="checkbox"/> tuberculosis                       |
| <input type="checkbox"/> meningitis             | <input type="checkbox"/> varicela               | <input type="checkbox"/> fiebre alta           | <input type="checkbox"/> lesiones físicas                   |
| <input type="checkbox"/> paperas                | <input type="checkbox"/> tos ferina             | <input type="checkbox"/> otro: _____           |   |

Por favor escriba cualquier otra enfermedad (distintas de las enfermedades típicas de la infancia), hospitalizaciones, cirugías, y pruebas de diagnóstico a su hijo(a) ha tenido: \_\_\_\_\_

Por favor escriba otros médicos y especialistas que atienden a su hijo:

Nombre/Ubicación	Especialidad	Numero telefonico

Cualquier alergia conocida?  Si  No; Si afirmativo, por favor indique cuales son: \_\_\_\_\_

Medicamentos actuales (incluido en el mostrador y homeopática):

Nombre	Dosis	Frecuencia	Razón para el medicamento

Esta su hijo(a) en una dieta especial?  Si  No; Si lo está, por favor describa: \_\_\_\_\_

Peso actual del paciente? \_\_\_\_\_ Libras \_\_\_\_\_ porcentaje

Cuál es la altura actual? \_\_\_\_\_ Pulgadas \_\_\_\_\_ porcentaje

Examen de la vista?  Si  No; Si afirmativo cuando fue el último examen?: \_\_\_\_\_

Quien hizo el examen?: \_\_\_\_\_ Resultados del examen: \_\_\_\_\_

Prueba de la audición?  Si  No; Si afirmativo que fecha fue la prueba: \_\_\_\_\_

Quien hizo el examen: \_\_\_\_\_ Resultados del examen: \_\_\_\_\_

Historia de infección de oído recurrente?  Si  No; PE tubes placed?  Si  No;

Si afirmativo, cual oído?  Derecho  Izquierdo  los dos

If yes, date last PE tubes were inserted: \_\_\_\_\_ Tubes placed by: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) usa cualquier equipo de adaptación (lentes, aparato auditivo, etc)?  Si  No;

Si contesto si, describa: \_\_\_\_\_

#### Historia de desarrollo

Alcanso todas metas a un tiempo normal  No me acuerdo

Si su hijo(a) no los hizo a tiempo normal, porfavor describe con año o meses la primera vez que ocurrio:

Sostuvo cabeza arriba \_\_\_\_\_ Dar pasos sosteniendose \_\_\_\_\_ Beber de un vaso \_\_\_\_\_ Saltar \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Dio vuelta \_\_\_\_\_ Camino \_\_\_\_\_ garabato \_\_\_\_\_ Se sento solito(a) \_\_\_\_\_

Sonrio \_\_\_\_\_ Uso la \_\_\_\_\_ Comer con los dedos \_\_\_\_\_ Ir al baño \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ cuchara \_\_\_\_\_ solo(a) \_\_\_\_\_

baluceo \_\_\_\_\_ levantarse \_\_\_\_\_ gatear \_\_\_\_\_ Correr \_\_\_\_\_

Dijo la primera \_\_\_\_\_ Cual fue la primera palabra(s): \_\_\_\_\_

palabra \_\_\_\_\_

Dijo la primera frase \_\_\_\_\_ Cual fue la primera frase(s): \_\_\_\_\_

Había algo irregular sobre los movimientos de su bebé (por ejemplo, se saltó gatear, arrastraba una pierna, etc.):

Sí  No; Si contesto si por favor describa: \_\_\_\_\_

Puede su hijo(a) vestirse por sí solo(a)?

Sí  No

Su hijo(a) se cae frecuentemente?

Sí  No

Su hijo(a) juega bien con otros?

Sí  No

Podría describir a su hijo como "demasiado activo"? O Destructivo?

Sí  No

Su hijo(a) es sensible al tacto? O a Ruidos fuertes?

Sí  No

Su hijo tiene patrones de sueño inusuales?

Sí  No

Su hijo(a) es extremadamente tímido? Nervioso(a)?  Sí  No  
 Su hijo(a) tiene rabieta excesivas?  Sí  No  
 Su hijo prefiere jugar con niños mayores o más jóvenes? sólo adultos  Sí  No  
 Que cantidad de tiempo dura su hijo(a) en una actividad? \_\_\_\_\_  
 Por favor describa la actividad favorita de su hijo(a): \_\_\_\_\_

Cual mano usa:  Izquierda  Derecha  Indeterminado

Por favor marque cual tipo de juego hace más a menudo:  
 \_\_\_ lanzar y sacudir juguetes    \_\_\_ juegos con reglas    \_\_\_ jugar áspero    \_\_\_ jugar hacer creer  
 \_\_\_ golpear los juguetes juntos    \_\_\_ meter juguetes ala boca    \_\_\_ empujar y halar juguetes    \_\_\_ mirar libros

**Hábitos orales y Alimentación**

Tomo leche materna ? (Hasta que edad? \_\_\_\_\_)  biberón?  combinacion?  
 Usa su niño(a) un chupeta o chupa el pulgar?  Si  No; si lo hace, con qué frecuencia: \_\_\_\_\_  
 Su hijo(a) usa un biberón?  Si  No; Si afirmativo, cuantos biberones al dia? \_\_\_\_\_  
 Si aplicable, que edad tenía su hijo(a) cuando dejo el:  
 Chupeta? \_\_\_\_\_ Biberon? \_\_\_\_\_ Chupa el pulgar? \_\_\_\_\_

Usted describiría su hijo(a) como "boca de aireación?"  Yes  No  
 Usted nota que babea excesivamente?  Si  No; Si afirmativo explique \_\_\_\_\_  
 Usted nota que introduce juguetes a la boca excesivamente?  Si  No; Si afirmativo explique \_\_\_\_\_  
 Usted describiría a su hijo(a) como quisquilloso para comer?  Si  No

Marque los que usted ha observado:  
 se mete mucha comida a la vez     se le cae la comida de la boca  
 derrama al tomar     tiene dificultad al masticar carne  
 le da tos o se afixia con ciertos alimentos (cuales) \_\_\_\_\_  
 evita siertas consistencias (cuales) \_\_\_\_\_

Por favor describa una comida tipica: \_\_\_\_\_  
 A qué edad fue introducida comida solida? \_\_\_\_\_ Qué clase de vaso usa normalmente? \_\_\_\_\_

*Información de terapia*

Su hijo está inscrito actualmente en First Steps (BabyNet)?  Si  No; Si afirmativo, que condado?  
 \_\_\_\_\_  
 Nombre de coordinador de servicios? \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Por favor escriba otras terapias que esté recibiendo su hijo(a):

Tipo de terapia	Frecuencia	Ubicacion	Nombre de terapeuta	# de telefono

Cuándo fue la última evaluación o re-evaluación que su hijo(a) recibió de:  
 Terapia del habla: \_\_\_\_\_; terapia ocupacional \_\_\_\_\_; terapia física \_\_\_\_\_

Por favor, incluya cualquier información no incluida en este formulario que le gustaría compartir:

---

---

---

---

Gracias por tomarse el tiempo para llenar este formulario. Por favor, firme o imprima su nombre abajo y someter electrónicamente o imprimir y traer a su evaluación.

Firma: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_