



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 ocurrió:

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) _____

balbuceo _____ 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: _____