



Historial para caso de niño

Información general

Nombre:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Teléfono:
Ciudad:	Código postal:
¿El niño/a vive con ambos padres?	
Nombre de la madre:	Edad:
Empleo de la madre:	Teléfono de trabajo:
Nombre del padre:	Edad:
Empleo del padre:	Teléfono de trabajo:
Referido por:	Teléfono:
Dirección:	
Pediatra:	Teléfono:
Dirección:	
Médico de cabecera:	Teléfono:
Dirección:	
Hermanos y hermanas (incluya nombres y edades):	
¿Cuáles idiomas habla el niño/a? ¿Cuál es el idioma materno del niño/a?	
¿Cuáles idiomas se hablan en el hogar? ¿Cuál es el idioma materno que se habla en el hogar?	
¿Con quién pasa la mayoría de su tiempo el niño/a?	

Describa el problema habla-lenguaje de su niño/a.

¿Cómo se comunica el niño/a generalmente (con gestos, palabras únicas, frases cortas, oraciones)?

¿Cuándo fue notado el problema por primera vez? ¿Quién lo notó?

¿Qué piensa Usted que pudo haber causado el problema?

¿El problema ha cambiado desde que lo notó por primera vez?

¿El niño/a es consciente del problema? En caso afirmativo, ¿cómo se siente sobre el problema?

¿Cualquier otro patólogo del habla/lenguaje ha visto al niño? ¿Quién y cuándo? ¿Cuáles fueron sus conclusiones o sugerencias?

¿Cualquier otro especialista (médicos, audiólogos, maestros de educación especial, etc.) ha visto al niño/a? En caso afirmativo, indique el tipo de especialista, cuándo recibió la atención médica, y cuáles fueron las conclusiones o sugerencias del especialista.

¿Cualquier miembro de su familia tiene algún problema de habla o lenguaje? En caso afirmativo, por favor descríballo.

Historial prenatal y del parto

Salud general de la madre durante el embarazo (enfermedades, accidentes, medicamentos, etc.)

Duración de embarazo:		Duración de parto:		
Condición general:		Peso al nacer:		
Marque tipo de parto:	De cabeza	De pie	De nalgas (breech)	Por cesárea

¿Hubo alguna condición extraordinaria que afectó el embarazo o el parto?

Historial médico

Provea las edades aproximadas en cuales el paciente ha sufrido las siguientes enfermedades y condiciones:

Difteria ("crup")	Mareos	Drenaje del oído
Infecciones del oído	Encefalitis	Rubeola
Jaquecas	Temperatura alta	Influenza
Mastoiditis	Sarampión	Meningitis
Paperas	Neumonía	Convulsiones
Sinusitis	Zumbido de oídos	Amigdalitis

Otro

¿El niño/a ha tenido alguna cirugía? En caso afirmativo, ¿qué tipo y cuando (p. ej., amigdalectomía, colocación de tubo)?

Describa todos los accidentes u hospitalizaciones importantes que el niño/a ha sufrido.

¿El niño/a está tomando medicamentos? En caso afirmativo, por favor indíquelos.

¿Ha tenido reacciones adversas a medicamentos? En caso afirmativo, por favor indíquelos.

Historial de desarrollo

Provea la edad aproximada en cual el niño/a empezó a realizar las siguientes actividades:

Gatear	Sentarse	Pararse
Caminar	Comer solo	Vestirse
Usar el inodoro (baño)	Usar palabras independientes (no, mamá, perrito)	Usar palabras en combinación (yo ir, papá zapato)
Nombrar objetos independientes (perro, auto, árbol)	Usar preguntas simples (¿Dónde está perrito?)	Entablar conversaciones

¿El niño tiene dificultad para caminar, correr, o participar en cualquier actividad que requiere coordinación menor o mayor de los músculos?

¿Hay o en algún momento hubo problemas de alimentación (p. ej., problemas para chupar, tragar, babear, masticar)? En caso afirmativo, descríbalos.

Describa la reacción del niño a sonido (p. ej., reacciona a todo sonido, reacciona solamente a sonidos altos, ocasionalmente reacciona a sonidos).

Historial escolar

Escuela: _____

Grado (año escolar): _____

Maestro(s): _____

¿Cómo le va al niño/a académicamente (o pre-académicamente)?

¿El niño/a recibe servicios especiales? En caso afirmativo, descríbalos.

¿Cómo interactúa el niño/a con otros (p. ej., tímido agresivo, poco cooperativo)?

En caso de matriculación en servicios especiales, ¿ha sido desarrollado un programa personal de educación (Individualized Education Plan, o IEP)? En caso afirmativo, describa las metas más importantes.

Provea cualquier detalle adicional que podrá ser útil en el proceso de evaluación y remedio.

Persona completando cuestionario: _____

Relación al cliente: _____

Firma: _____ Fecha: _____