

Historia de Desarrollo

Nombre del niño/niña _____
Fecha de Nacimiento: _____
Nombre de los padres/guardianes _____
Fecha _____
Medico primario _____
Medico referido _____
Razón por el referido _____
Diagnostico _____
Medicamentos: _____
Alergias: _____
Otro medico/especialistas proveyendo
servicios/tratamiento: _____

Idioma Primario

Idioma(s) que hablan los padres: _____
Idioma(s) que entiende su hijo(a): _____
Idioma(s) que habla su hijo(a): _____

Historia de Nacimiento

Algunos problemas con el
embarazo? _____
Duración del embarazo: Tiempo completo _____ Prematuro _____
Si prematuro, numero de semanas _____
Parto: Vaginal _____ Cesarea _____
Peso del niño(a) _____ Resultados de APGAR _____
Hubieron otras complicaciones? (Marque todo lo que aplica)
____ Dificultades respiratorias _____ Defectos congenitos
____ Ataques epilepticos/convulsiones (seizures) _____ Transfuciones
____ Nutrición por tubo _____ Hemorragia en el cerebro - Grado _____
Estuvo su hijo(a) en cuidado intensive para recién nacidos (NICU) _____
incubadora regular _____
Tiempo en el hospital _____
Fecha cuando le dieron el alta (edad del niño(a)) _____

Historia de desarrollo:

A que edad su hijo(a):
Empezó a voltearse _____ Sienta Solo _____ Empezó a gatear _____
Caminó _____ Usó el baño (independiente) _____
A que edad dijo su hijo(a) sus primeras palabras? _____
A que edad empezó su hijo(a) a combinar palabras? _____

Su hijo(a) tiene/tuvo algunos de los siguientes (Marque los que aplican):

- ____ Tiene dificultad masticando/tragando/babiándose
- ____ Se niega de comer ciertas comidas (sabores, texturas, temperaturas)
- ____ Aparenta muy sensitivo al toque/luz/sonidos/bañándose/lavándose los dientes
- ____ Aparenta sin coordinación
- ____ Tiene dificultad atendiendo
- ____ Usa gestos en vez de palabras
- ____ Tiene dificultad siguiendo/entendiendo direcciones
- ____ Tiene un vocabulario limitado por su edad
- ____ Por favor estima el numero de palabras que su hijo(a) usa
- ____ Tiene los musculos muy tiesos (poco flexibilidad)
- ____ Parece tener los musculos muy debiles

Como usted describiría a su hijo(a):

cooperativo (sociable/comparte con otros)

se frustra facilmente

irritable

feliz

no socializa con otros

aparenta distraido

agresivo

otro - describe: _____

Su hijo(a) hay tenido un examen audiológico? Si No

Cuando _____

Resultado _____

Historia de infecciones del oído? Si No

Su hijo(a) hay tenido un examen de vision? _____

Cuando _____

Resultados _____

Tiene lentes correctivos? Si No

Su hijo(a) hay tenido los siguientes exámenes médicos completados ?

EEG MRI

CT Scan EMG

Swallow study

Cuales fueron los resultados de los exámenes?

Su hijo(a) ha estado hospitalizado recientemente? Si No

Explique la razón:

Su hijo(a) esta recibiendo los siguientes servicios:

Terapia de lenguaje/habla _____

Nombre del lugar _____

Terapia ocupacional _____

Nombre del lugar _____

Terapia Física _____

Nombre del lugar _____

Equipo adaptivo que usan en la casa _____

Información de Escuela

Escuela de su

hijo(a) _____ Grado _____

Colocación de clase : Regular _____ Clase especial (IEP) _____ Tipo de clase _____

Nombre de la maestro _____

Relación de su hijo(a) con los otros niños _____

Áreas de dificultad académicas _____

Áreas que su hijo(a) prefiere _____

Preocupaciones del padre/hijo (con su hijo(a), con la terapia, los fondos, etc.)

Las metas de los padres/hijos para la terapia
