



Habla-Lenguaje-Audición

Formulario Historial Del Caso

Número 69



Identificación e Información Familiar:

Nombre del Niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: ☐ M ☐ F

Nombre del Padre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Celular: _____

_____ Correo Electrónico: _____

Nombre de la Madre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Celular: _____

_____ Correo Electrónico: _____

Nombre del Médico: _____ Teléfono del Médico: _____

El niño/a vive con (marque uno):

☐ Padres Biológicos ☐ Uno de los Padres ☐ Otro _____

☐ Padres Adoptivos ☐ Padre y Madrastra _____

☐ Familia de Acogida ☐ Madre y Padrastro _____

Otros niños en la familia:

Nombre	Edad	Sexo	Grado	Problemas del Habla y Audición
--------	------	------	-------	--------------------------------

Raza/Origen Étnico del Niño/a:

☐ Caucásico, No Hispano ☐ Hispano ☐ Afroamericano

☐ Nativo Americano ☐ Asiático o Isleño del Pacífico ☐ Otro _____

¿Hay algún otro idioma hablado en el hogar en adición al inglés? ☐ Sí ☐ No

Si su respuesta es sí, ¿cuál idioma? _____

¿Habla el niño/a el otro idioma? ☐ Sí ☐ No

¿Entiende el niño/a el otro idioma? ☐ Sí ☐ No

¿Quién habla el otro idioma? _____

¿Cuál idioma prefiere el niño/a hablar en el hogar? _____

Habla-Lenguaje-Audición

¿Sospecha usted que su niño/a tiene un problema con el habla? ☐ Sí ☐ No

Si su respuesta es sí, por favor descríbalos. _____

¿Sospecha usted que su niño/a tiene un problema de audición? ☐ Sí ☐ No

Si su respuesta es sí, por favor descríbalos. _____

¿Ha tenido él/ella en el pasado una evaluación /análisis del habla? ☐ Sí ☐ No

Si su respuesta es sí, ¿dónde y cuándo? _____

¿Qué le dijeron a usted? _____

¿Ha tenido él/ella en el pasado una evaluación /análisis de audición? ☐ Sí ☐ No

Si su respuesta es sí, ¿dónde y cuándo? _____

¿Qué le dijeron a usted? _____

¿Ha recibido su niño/a terapia del habla en el pasado? ☐ Sí ☐ No

Si su respuesta es sí, ¿dónde y cuándo? _____

¿En qué área estaba trabajando él/ella? _____

¿Ha recibido su niño/a alguna otra evaluación o terapia (terapia física, asesoramiento, terapia ocupacional, visión, etcétera)? ☐ Sí ☐ No

Si su respuesta es sí, por favor descríbalos. _____

¿Está su niño/a consciente de o frustrado por cualquier dificultad con el habla/lenguaje?

¿Qué piensa usted es el problema más difícil para su niño/a en el hogar?

¿Qué piensa usted es el problema más difícil para su niño/a en la escuela?

Historial del Nacimiento

¿Hubo algo inusual/raro acerca del embarazo o el nacimiento? ☐ Sí ☐ No

Si su respuesta es sí, por favor descríballo. _____

¿Qué edad tenía la madre cuándo nació el niño/a? _____

¿Estuvo la madre enferma durante el embarazo? ☐ Sí ☐ No

Si su respuesta es sí, por favor descríballo. _____

¿Cuántos meses fue el embarazo? _____

¿Fue el niño/a al hogar con su madre después del hospital? ☐ Sí ☐ No

Si el niño/a se quedó en el hospital, por favor describa por qué y cuánto tiempo. _____

Historial Médico

¿Ha tenido su niño/a problemas con cualquiera de los siguientes?

☐ Adenoidectomía

☐ Encefalitis

☐ Incautaciones

☐ Alergias

☐ Virus de la Gripe

☐ Sinusitis

☐ Dificultades de respiración

☐ Lesión de la cabeza

☐ Dificultad durmiendo

☐ Varicela

☐ Fiebre alta

☐ Habito chupándose el dedo pulgar

☐ Resfriados

☐ Sarampión

☐ Amigdalotomía

☐ Infección del oído

☐ Meningitis

☐ Amigdalitis

¿Con qué frecuencia? _____

☐ Paperas

☐ Problemas de visión

☐ Tubos del oído

☐ Escarlatina

Otras lesiones o cirugías serias: _____

¿Está su niño/a corrientemente (o recientemente) bajo el cuidado de un médico?

☐ Sí ☐ No

Si su respuesta es sí, ¿por qué? _____

Por favor liste todos los medicamentos que su niño/a toma regularmente: _____

Historial del Desarrollo

Por favor escriba la edad aproximada en que su niño/a logró los siguientes hitos del desarrollo:

_____ sentarse (sin ayuda)
_____ balbucear
_____ poner dos palabras juntas
_____ caminó

_____ sujetó un crayón/lápiz
_____ dijo sus primeras palabras
_____ habló en oraciones cortas
_____ aprendió a usar el inodoro

Su niño/a...

- ☐ ¿Se ahoga con comida o líquidos?
- ☐ ¿Corrientemente pone juguetes/objetos en su boca?
- ☐ ¿Cepilla sus dientes y/o permite que lo peinen?

Habla – Lenguaje – Audición Actual

Su niño/a...

- ☐ ¿Repite sonidos, palabras o frases una y otra vez?
- ☐ ¿Entiende lo que usted le dice?
- ☐ ¿Retriva/Apunta a objetos comunes cuando se lo pides (pelota, taza, zapato)?
- ☐ ¿Sigue instrucciones simples ("cierra la puerta" o "recoge tus zapatos")?
- ☐ ¿Responde correctamente a las preguntas de sí / no?
- ☐ ¿Responde correctamente a las preguntas quién/qué/dónde/cuándo/por qué?

Su niño/a presentemente se comunica usando...

- ☐ el lenguaje de su cuerpo
- ☐ sonidos (vocales, gruñendo)
- ☐ palabras (zapato, perro, arriba)
- ☐ dos a cuatro palabras por oración
- ☐ oraciones con más de cuatro palabras
- ☐ Otro _____.

Características de comportamiento

- | | |
|--|--|
| ☐ cooperativo | ☐ inquieto |
| ☐ atento | ☐ contacto visual pobre |
| ☐ dispuesto a tratar actividades nuevas | ☐ fácilmente distraído/poca atención |
| ☐ juega solo por una cantidad de tiempo razonable | ☐ destructivo/agresivo |
| ☐ dificultad con la separación | ☐ retraído |
| ☐ fácilmente frustrado/impulsivo | ☐ un comportamiento inadecuado |
| ☐ testarudo | ☐ un comportamiento abusador a sí mismo |

Historial Escolar

Si su niño/a está en la escuela, por favor conteste lo siguiente:

Nombre de la escuela y grado escolar: _____

Nombre del Maestro/a: _____

¿Ha repetido su niño/a un grado escolar? _____

¿Cuáles son las fortalezas de su niño/a y/o sus mejores clases académicas? _____

¿Está teniendo su niño/a dificultades con alguna clase académica? _____

¿Está recibiendo su niño/a ayuda en cualquier clase académica? _____

Comentarios Adicionales
