

Speech Matters, LLC
2328 Hancock Bridge Pkwy

#101

Cape Coral, FL 33990

Phone: (239) 246-8751 Fax: (239) 220-5610

www.speechmatters2us.com

jen@speechmatters2us.com

Informacion del Nino (a)

Nombre:	Sexo: <input type="radio"/> masculino <input type="radio"/> femenino	Fecha:
Fecha de Nacimiento:	Edad:	
Direccion de domicilio:		
	Telefono:	
Diagnosis Medicas:		
Precauciones:		
Pediatra Primario:		
Lenguaje Primario del paciente:	Lenguaje Primario del hogar:	

Informacion de los padres / guardian

Nino (a) vive con: <input type="radio"/> ambos padres <input type="radio"/> padre <input type="radio"/> madre <input type="radio"/> otro
Nombre de la Madre:
Numero telefonico:
Direccion: <input type="radio"/> Igual que el nino (a)
Nombre del Padre:
Numero telefonico:
Direccion: <input type="radio"/> Igual que el nino (a)
Quien le refirio a <i>Speech Matters</i>
Nombre:
Relacion al Nino (a):
Razon de la Referencia:
Preocupacion (es) de la Familia:
Servicios anteriores por algun departamento especialista ?

Historia Clínica – Pediatría

Nombre del Niño (a) _____

Fecha de Nacimiento: _____

Importante Historial Médico de la familia (problemas del habla, Autismo, atención limitada, problemas auditivos, tartamudez, otros)

Nombre	Relacion	Diagnosís

Historia de Nacimiento y de desarrollo:

Nacimiento e Infancia			
Embarazo	Si	No	Comentarios
Era la salud de la madre durante el embarazo buena?			
Nació el bebe en fecha indicada?			
Cual era el peso del bebe al nacer?			
El bebe fue adoptado?			
Si fue adoptado, a que edad?			
Si fue adoptado, tienes historial medico?			
Parto y Nacimiento	Si	No	Comentarios
Fue parto y nacimiento normal?			
Fue el parto cesarea?			
Hubo alguna complicacion?			
Infancia	Si	No	Comentarios
Hubo problemas de alimentacion?			
El bebe era saludable?			
Padeció de reflujo?			
Padeció de infecciones de oído?			
Desarrollo General			
Metas del Desarrollo		N/A	Comentarios
Quando pudo el niño sentarse sin apoyo?	Edad:		
Quando empezó a gatear?	Edad:		
Quando empezó a correr?	Edad:		
Quando empezó a caminar?	Edad:		

Historia Clínica – Pediatría

Página 3

Nombre del Niño (a) _____

Fecha de Nacimiento: _____

Habilidades Motoricas gruesas y finas	SI	No	N/A	Comentarios
Hay historia de problemas caminando, corriendo, subiendo, brincando ?				
Hay actualmente problemas motoricas?				
Hay historia problemas en el area de colorear, cepillarse el cabello, dientes, baño?				
Hay actualmente problemas en esta area?				
Que mano utiliza el niño (a) con mas frecuencia	<input type="radio"/> izquierda <input type="radio"/> derecha <input type="radio"/> ambas <input type="radio"/> no se			
Comunicacion	SI	No	N/A	Comentarios
El discurso y desarrollo de lenguaje parecian normal y despues pararon o regresaron?				
Quando empezo a babuciar?				Edad:
Quando produjo las primeras palabras:				Edad:
Quando el niño produjo las primeras frases / oraciones:				Edad:
El niño parece entender lo que usted dice?				
El niño sigue direcciones verbales?	<input type="radio"/> un paso <input type="radio"/> dos pasos <input type="radio"/> tres pasos			
Su niño habla?				
El niño esta produciendo vocalizaciones parecidas al idioma hablado en la casa?				
El niño esta produciendo lenguaje ilegible (jerga)	SI	No		
Qual de los siguientes metodos el niño usa para comunicarse? (por favor indicar las apropiadas)				
<input type="radio"/> sonidos <input type="radio"/> gestos <input type="radio"/> silabas <input type="radio"/> llorando <input type="radio"/> señalando <input type="radio"/> atrapando <input type="radio"/> golpeando <input type="radio"/> lanzando <input type="radio"/> palabras simples <input type="radio"/> series de frases cortas <input type="radio"/> senales de manos <input type="radio"/> fotos <input type="radio"/> paginas comunicativas <input type="radio"/> tecnologia (i.e. Ipad, tablet) <input type="radio"/> oraciones completas/ gramaticamente <u>correctas</u> <input type="radio"/> oraciones completas/ gramaticamente <u>incorrectas</u> <input type="radio"/> puede expressarse en una conversacion				
El habla / la produccion del niño?	<input type="radio"/> entendido por todos 100% 75% 50% less 50% <input type="radio"/> entendido por la familia 100% 75% 50% less 50% <input type="radio"/> mal entendido <input type="radio"/> ausente			
La frecuencia o rapidez del habla es:	<input type="radio"/> muy rapido <input type="radio"/> muy despacio <input type="radio"/> Normal			
El volume de voz niño	<input type="radio"/> muy suave <input type="radio"/> muy alto <input type="radio"/> Normal			
La calidad de la voz del niño es	<input type="radio"/> ronca <input type="radio"/> Nasal <input type="radio"/> congestionada <input type="radio"/> Normal			

Historia Clinica – Pediatría

Página 5

Nombre del Niño (a) _____

Fecha de Nacimiento: _____

Enfermedades o Condiciones				
	Edad	Tratamiento		
Alergias (alimentos, insectos, latex, etc)				
Infecciones del oído				
Espasmos o convulsions,				
Amigdalitis				
Otro:				
Lesiones y / o cirugías				
Por favor proporcione información con respecto a alguna cirugía o lesión.				
Evaluaciones Anteriores				
	Si	No	Fecha	Lugar
Evaluación educativa / psicológica				
Evaluación auditiva				
Evaluación de terapia ocupacional				
Evaluación de terapia física				
Evaluación de tragar alimentos				
Evaluación del habla y lenguaje				
Terapias anteriores				
	Si	No	Fecha	Lugar
Terapia Ocupacional				
Terapia Física				
Terapia de Comportamiento				
Terapia del Habla y Lenguaje				
Terapias Actuales				
	Si	No	Fecha	Lugar
Terapia Ocupacional				
Terapia Física				
Terapia de Comportamiento				
Terapia del Habla y Lenguaje				
Otro:				
Por favor de indicar alguna información adicional que usted crea necesaria.				

Historia Clínica - Pediatría

Página 6

Nombre del Niño (a) _____ Fecha de Nacimiento: _____

Historial Social e Emocional

Comportamiento	Si	No	N/A	Comentarios
El niño está más interesado en objetos que en gente?				
El niño demuestra comportamientos estimulantes de sí mismo?				<input type="radio"/> mecer <input type="radio"/> aleteo de brazos <input type="radio"/> movimiento de manos Other: _____
El niño se golpea la cabeza?				
El niño exhibe comportamientos ritualistas o compulsivos?				
El niño se participa en comportamientos peligrosos para él mismo o para otros?				
Otro:				
El niño tiene estos comportamientos:	Si	No	A veces	Comentarios
Dificultad al separarse de los padres:				
Dificultad al sentarse				
Inabilidad de hacer una actividad a la vez				
Nervioso / ansiedad				
No sumiso / desafío				
Físicamente ataca a otros				
Tímidez				
Insomnio				Ronca
Miedos Fuertes / pesadillas				
Berinchas				
Chupar los dedos				
Morderse o morder a otros				

Por favor de contestar estas preguntas

Que tipos de actividades o juegos le gusta participar a su niño:	Si	No	Comentarios
Juega con otros niños de su edad?			
Esta usted preocupado que el niño no juega bien con otros niños?			
El niño comparte y toma turnos al jugar			

Por favor de indicar alguna información adicional que usted crea necesaria.

Historia Clínica - Pediatría

Nombre del Niño (a) _____

Fecha de Nacimiento: _____

Historia del Lenguaje	
Lenguaje Primario del niño:	
Exposición a otra lengua:	
Quien habla el segundo idioma?	
El niño puede	<input type="radio"/> Hablar <input type="radio"/> Entender <input type="radio"/> Leer <input type="radio"/> Escribir
Historia Educativa:	
Nombre de la Escuela:	
Grado académico:	
El niño ha repetido alguna vez un grado?	Cual:
Usted tiene alguna preocupación académica?	
Su niño tiene un plan educativo IEP?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Su niño tiene un 504?	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Su niño está recibiendo ayuda adicional en la escuela: terapias	
Alguna información adicional:	

Persona completando esta forma:
Relación con el niño?

Por favor de indicar sus preocupaciones en el área de comunicación y / o ocupacional:

Cuales son sus objetivos y metas para su niño en el área de terapia del habla e ocupacional

Parent / Guardian Signature _____

Printed Name _____

Date _____

