



Historial del Caso Pediátrico

Información General

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ # de Teléfono: _____

Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

¿Vive el niño con los dos padres?: _____

Nombre de la Madre: _____

Teléfono Móvil de la Madre: _____ Email de la Madre _____

Teléfono del Trabajo de la Madre: _____

Nombre del Padre: _____

Teléfono Móvil del Padre: _____ Email del Padre _____

Teléfono del Trabajo del Padre: _____

Hermanos y Hermanas (incluya nombres y edades) _____

Referido Por: _____

Pediatra: _____ # de Teléfono: _____

Dirección: _____

¿Qué idiomas habla el niño? ¿Cuál es la lengua principal del niño? _____

¿Qué idiomas se hablan en casa? _____

¿Con quién pasa el niño la mayor parte del tiempo? _____

Describe el problema de lenguaje del niño. _____

¿Cómo se comunica usualmente el niño? _____

¿Cuándo se observó el problema por primera vez? ¿Por quién? _____

¿Qué cree que puede haber causado el problema? _____

¿Ha visto al niño algún otro patólogo del lenguaje? En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde? ¿Cuáles fueron sus conclusiones? _____

¿Han visto al niño otros especialistas? En caso afirmativo, indique el tipo de especialista, cuándo y dónde, y las conclusiones del especialista. _____

¿Hay otros problemas de habla, lenguaje o audición en su familia? _____

¿Se ha examinado la audición del niño? En caso afirmativo, ¿cuándo y cuáles fueron los resultados? _____

Prenatal and Birth History

Length of Pregnancy: _____

General Condition: _____

Birth Weight: _____

Apgar Scores: _____

Type of Delivery: head first feet first breech Caesarian

Were there any unusual conditions that may have affected the pregnancy or birth? _____

Historial Médico

Por favor, indique si el niño ha sido diagnosticado con:

Autismo _____	Síndrome de Down _____	Desorden de Procesamiento Auditivo _____
TGD _____	Retraso en el Desarrollo _____	Pérdida de Audición _____
TGD-No Especificado _____	Parálisis Cerebral _____	Empuje de la Lengua _____
Anomalía Congénita _____	Hipo/hipertonía _____	Trastorno Sensorial _____
Trastorno Genético _____	Dispraxia _____	Nódulos Vocales _____

Por favor, indique si el niño ha sufrido lo siguiente:

Alergias _____	Asma _____	Varicela _____
Resfriados _____	Convulsiones _____	Grupa _____
Mareos _____	Drenaje del Oído _____	Infecciones de Oído _____
Encefalitis _____	Sarampión Alemán _____	Dolores de Cabeza _____
Fiebre Alta _____	Influenza _____	Mastoiditis _____
Sarampión _____	Meningitis _____	Paperas _____
Neumonía _____	Convulsiones _____	Sinusitis _____
Acúfenos _____	Amigdalitis _____	Otro _____

¿El niño ha tenido alguna operación quirúrgica? En caso afirmativo, ¿de qué tipo y cuándo? _____

¿Toma el niño alguna medicación? En caso afirmativo, indique el nombre de la medicación y la dosis. ____

¿Tiene el niño alguna alergia? En caso afirmativo, indique cómo se controlan las reacciones. ____

Developmental History

Provide the approximate age at which the child began to do the following:

Use Single Words _____ Combine Words _____ Name Simple Objects _____

Use Simple Questions _____ Engage in Conversation _____

Provide the approximate age at which the child began to do the following:

Crawl _____ **Sit** _____ **Stand** _____

Walk _____ Feed Self _____ Dress Self _____

Use Toilet _____ Use Utensils _____ Drink from cup _____

Does the child have difficulty walking, running, or participating in other activities which require small or large muscle coordination? _____

Are there or have there ever been any feeding problems? If yes, describe: _____

Is the child considered to be a picky eater? _____

Describe the child's response to sound. _____

Educational History

School: _____ Grade: _____

Teacher(s): _____

How is the child doing academically? _____

Does the child receive special services? If yes, describe. _____

How does the child interact with others? _____

Has an IEP of IFSP been developed for the child? _____

Please provide any additional information that might be helpful in the evaluation or remediation of the child's problem. Please include any goals you would like to focus on. _____

Person completing form: _____

Relationship to child: _____