



## PATOLOGÍA DEL LENGUAJE INFANTIL- FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

*Gracias por elegir RMUoHP Centro para los Desórdenes de la Comunicación, cordialmente solicitamos que complete toda la información necesaria para que nuestros terapistas puedan llevar a cabo una evaluación completa. Por favor, mándenos un email, fax, o mande estos documentos por correo postal antes de la evaluación, para que pueda ser revisada.*

### Información del paciente

Nombre completo

del menor:

Fecha de hoy:

Número

telefónico:

Fecha de nacimiento:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Tutor/es Legal/es:

Con quien vive el menor: (Por favor incluya los nombres y edades de sus hermanos)

Idioma principal del menor:

Otros idiomas que habla el menor:

¿La persona que acompaña al menor, tiene necesidad de un intérprete?

### Historial médico

Indique cualquier medicación que está tomando actualmente:

Indique cualquier enfermedad actual:

Indique previas hospitalizaciones:

Indique cualquier cirugía previa:

¿Pasó su hijo el examen de audición para recién nacidos?

¿Cuándo fue la última visita rutinaria de su hijo al médico?

Nombre de pediatra/o doctor:

¿Recibió su hijo alguna intervención médica al nacer? Si así lo fue, por favor descríbalo:



Después del parto, ¿el hijo volvió a casa con sus padres? Si no lo fue, por favor descríbalo:

Enliste otras consultas médicas profesionales:

## Historia del desarrollo

Por favor indique si hay algún historial familiar de lo siguiente:

Dificultades de aprendizaje:

\_\_\_\_\_

Retrasos de desarrollo:

\_\_\_\_\_

Desórdenes de lenguaje o de comunicación

\_\_\_\_\_

Problemas de salud mental

\_\_\_\_\_

Impedimentos de audición o visión

\_\_\_\_\_

¿A qué edad su hijo hizo lo siguiente por primera vez?

Se sentó: \_\_\_\_\_ Gateó: \_\_\_\_\_ Caminó: \_\_\_\_\_ Sonrió: \_\_\_\_\_

Balbuceó (hacer sonidos con la boca): \_\_\_\_\_

Saludó y se despidió con la mano

Se rió: \_\_\_\_\_

(gestos de saludo y despedida): \_\_\_\_\_

Dijo su primera palabra: \_\_\_\_\_ Pudo decir dos palabras juntas: \_\_\_\_\_ Siguió direcciones: \_\_\_\_\_

¿Qué edad tenía el hijo cuando usted comenzó a preocuparse por su desarrollo?

\_\_\_\_\_

## Historia Social del Paciente

¿Su hijo busca amigos? Casi nunca Rara vez A veces Seguido Nunca

¿Su hijo se relaciona con otros hijos? Casi nunca Rara vez A veces Seguido Nunca



¿Los otros hijos buscan relacionarse con su hijo? Casi nunca      Rara vez      A veces      Seguido      Nunca

¿Parece su hijo entender como jugar con otros? Casi nunca      Rara vez      A veces      Seguido      Nunca

¿Se esfuerza su hijo para que otros interactúen con el/ella? ¿Cómo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuáles son los juegos o actividades recreacionales favoritas de su hijo/a?

\_\_\_\_\_

¿Hay alguien más que esté preocupado por el comportamiento de su hijo?

\_\_\_\_\_

¿Le impiden las habilidades comunicativas de su hijo interactuar con otros o hacer amigos?

## Comunicación y lenguaje

\_\_\_\_\_

¿Cuánto entiende usted de lo que su hijo dice? ¿Cuánto entendería alguien que no lo conoce?

\_\_\_\_\_

¿Piensa usted que su hijo es consciente de sus dificultades de comunicación?

\_\_\_\_\_

¿Se frustra fácilmente su hijo cuando trata de comunicarse con otros?

\_\_\_\_\_

¿Dice cosas su hijo que son interesantes para otros?

\_\_\_\_\_

¿Hace preguntas su hijo para obtener más información?

\_\_\_\_\_

¿Tiene preguntas su hijo sobre el significado de nuevas palabras?

\_\_\_\_\_

¿Ha notado que su hijo aprende y usa palabras nuevas a diario?



¿Puede su hijo contarle una historia simple que tenga sentido? \_\_\_\_\_

¿Usa su hijo palabras de acción apropiadamente (como correr, leer, comer, reír)? \_\_\_\_\_

¿Usa su hijo oraciones en pasado apropiadamente (como caminé, olí, miré)? \_\_\_\_\_

¿Usa su hijo palabras en plural apropiadamente (como zapatos, manzanas, libros)? \_\_\_\_\_

¿Usa su hijo pronombres apropiadamente (como yo, tú, él, ella)? \_\_\_\_\_

## Comunicación y lenguaje

¿Asiste su hijo(a) a la escuela? \_\_\_\_\_

¿Tienen los maestro/as preocupaciones acerca del comportamiento de su hijo en el aula? Por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Tienen los maestro/as preocupaciones acerca del desempeño de su hijo en el aula? Por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene usted preocupaciones sobre cómo se está desempeñando (o desempeñará) su hijo en la escuela? \_\_\_\_\_

Por favor indique si su hijo se está desempeñando por encima, por debajo, o a un nivel esperado en su clase en los siguientes temas:

Lectura \_\_\_\_\_ Deletreo \_\_\_\_\_ Escritura \_\_\_\_\_ Matemáticas \_\_\_\_\_ Ciencias \_\_\_\_\_

Tiene su hijo un IFSP (Plan de Servicio Familiar Individualizado) /504  
(Programa de asistencia para hijos con deseabilidades) /IEP

(Programa de Educación Individualizada)? (Si así lo es, por favor provea una copia) \_\_\_\_\_

¿Ha recibido su hijo(a) alguna otra acomodación en la escuela? \_\_\_\_\_



## Servicios terapéuticos previos

¿Ha recibido su hijo servicios de terapia en el pasado? (OT, PT, SLP, visión, audición, salud mental)

Por favor indique:

¿Está recibiendo, su hijo, algún tipo  
de servicio de terapia actualmente?

---

¿Si así lo es, ¿qué metas están tratando lograr?

---

¿En qué metas o habilidades le gustaría que su hijo trabaje ahora durante terapia?

---

¿Qué es lo que espera ganar o aprender de esta evaluación?

---

---