



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 terapeutas 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
teléfono: _____ 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 descríbalos: _____



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

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: _____

Se rió: _____ Balbuceó (hacer sonidos con la boca): _____ Saludó y se despidió con la mano (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 discapacidades) /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? _____



ROCKY MOUNTAIN
UNIVERSITY *of*
HEALTH PROFESSIONS

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?
