



FORMULARIO DE HISTORIA DEL CASO DEL HABLA, LENGUAJE Y AUDIENCIA



Datos Identificativos y Familiares:

Nombre del niño/niña: _____

Cuidador 1: _____

Dirección: _____

Cuidador 2: _____

Dirección: _____

Nombre del doctor: _____

Número de teléfono: _____

Fecha de

Nacimiento: _____ Género: M F

Número de Telefono

Celular: _____

Casa: _____

Correo electrónico: _____

Número de Telefono

Celular: _____

Casa: _____

Correo electrónico: _____

El niño vive con (marque uno):

Padres Biológicos

Padre y Padrastro

Solo Un Padre

Padres Adoptivos

Servicios para familia y Niño

Otro _____

Otros niños de la familia:

Nombre	Edad	Género	Grado	Problemas de Habla/Audición
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Raza/Grupo étnico del Niño:

Caucásico, No Hispano

Hispano

Afroamericanos

Indígena Americano

Asiático o isleño del Pacífico

Otros _____

Se habla un idioma distinto del inglés en el hogar? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál? _____

¿Habla el niño el idioma? Sí No

¿Comprende el niño el idioma? Sí No

¿Quién habla el idioma? _____

¿Qué idioma prefiere hablar el niño en casa? _____

Habla-Lenguaje-Audición

¿Cree que su hijo tiene problemas de habla? Sí No

Si la respuesta es sí, describa _____

¿Cree que su hijo tiene un problema auditivo? Sí No

Si la respuesta es sí, describa _____

¿Se ha sometido alguna vez a una evaluación/examen del habla? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿dónde y cuándo? _____
¿Qué le dijeron? _____

¿Se ha sometido alguna vez a una evaluación/examen auditivo? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿dónde y cuándo? _____
¿Qué le dijeron? _____

¿Su hijo ha recibido alguna vez terapia de lenguaje? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿dónde y cuándo? _____
¿En qué estaba trabajando? _____

¿Ha recibido su hijo alguna otra evaluación o terapia (fisioterapia, asesoramiento, terapia ocupacional, visión, etc.)? Sí No

Si la respuesta es sí, describa. _____

¿Su hijo es consciente o se siente frustrado por alguna dificultad del habla/lenguaje?

¿Cuál considera que es el problema más difícil de su hijo en casa? _____

¿Cuál cree que es el problema más difícil de su hijo en la escuela? _____

Historia del Nacimiento

¿Hubo algo inusual en el embarazo o en el parto? Sí No

Si la respuesta es sí, describa. _____

¿Qué edad tenía la madre cuando nació el niño? _____

¿Estaba la madre enferma durante el embarazo? Sí No

Si la respuesta es sí, describa. _____

¿De cuántos meses fue el embarazo? _____

¿El niño volvió a casa con su madre desde el hospital? Sí No

Si el niño permaneció en el hospital, describa por qué y cuánto tiempo.

Historial médico

¿Ha tenido su hijo alguna de las siguientes situaciones?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> adenoidectomía | <input type="checkbox"/> encefalitis | <input type="checkbox"/> convulsiones |
| <input type="checkbox"/> alergias | <input type="checkbox"/> gripe | <input type="checkbox"/> sinusitis |
| <input type="checkbox"/> dificultades respiratorias | <input type="checkbox"/> lesión en la cabeza | <input type="checkbox"/> dificultades para dormir |
| <input type="checkbox"/> varicela | <input type="checkbox"/> fiebres altas | <input type="checkbox"/> hábito de chuparse el dedo |
| <input type="checkbox"/> resfriados | <input type="checkbox"/> sarampión | <input type="checkbox"/> amigdalectomía |
| <input type="checkbox"/> infecciones de oído | <input type="checkbox"/> meningitis | <input type="checkbox"/> amigdalitis |
| ¿Con qué frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> las paperas | <input type="checkbox"/> problemas de visión |
| <input type="checkbox"/> tubos para los oídos | <input type="checkbox"/> fiebre escarlata | |

Otras lesiones/cirugías graves: _____

¿Está su hijo actualmente (o recientemente) bajo el cuidado de un médico? de un médico?

Si la respuesta es sí, ¿por qué _____

Por favor, indique los medicamentos que su hijo toma regularmente: _____

Historia del Desarrollo

Por favor, indique la edad aproximada a la que su hijo alcanzó los siguientes hitos del desarrollo:

_____ se sentó solo
_____ balbuceó
_____ junto dos palabras
_____ caminó

_____ agarró el lápiz de colores
_____ dijo las primeras palabras
_____ hablaba en frases cortas
_____ Entrenado para ir al baño

¿Su hijo...

- ¿se ahoga con alimentos o líquidos?
- ¿actualmente se mete juguetes/objetos en la boca?
- ¿se cepilla los dientes y/o permite el cepillado?

Actualidad Logopédica

¿Su hijo...

- ¿repite sonidos, palabras o frases una y otra vez?
- ¿entiende lo que dices?
- ¿recupera/señalar objetos comunes cuando se le pide (pelota, taza, zapato)?
- sigue instrucciones sencillas ("Cierra la puerta" o "Coge tus zapatos")?
- ¿responde correctamente a las preguntas de sí/no?
- ¿responde correctamente a las preguntas de quién/qué/donde/cuando/por qué?

Su hijo se comunica actualmente utilizando...

- el lenguaje corporal.
- sonidos (vocales, gruñidos).
- palabras (zapato, perrito, arriba).
- Frases de 2 a 4 palabras.
- frases de más de cuatro palabras.
- otros _____.

Características del comportamiento:

- cooperativa
- atento
- dispuestos a probar nuevas actividades
- juega solo durante un tiempo razonable
- dificultades de separación
- fácilmente frustrado/impulsivo
- terco
- inquieto
- poco contacto visual
- se distrae fácilmente
- retirado
- comportamiento inapropiado
- comportamiento auto-abusivo
- destructivo o agresivo

