

Formulario de Admisión de Discurso Infantil



La documentación de admisión tardará aproximadamente entre 25 y 30 minutos en completarse.

Complete todas las secciones antes de su primera cita.

Gracias por ser parte de Speech For Success, PLLC.

** indica un campo obligatorio*

Persona que proporciona información/formulario completado por:

Nombre:

Relación con el niño:

Dirección de correo electrónico:

Dirección Física:

* ¿Cómo se llama tu hijo?

* ¿Cuál es la fecha de nacimiento de su hijo?

Enumere otros miembros de la familia en el hogar. Un círculo.

Nada hermanos mayores hermanas mayores hermanos menores Hermanas más jóvenes

Niñera abuelas

Fuente de referencia:

Autoreferencia Doctor Otra

Nombre y dirección del pediatra remitente:

¿Por qué derivaron a su hijo para una evaluación? ¿Cuáles son sus inquietudes?

¿Cuáles son las fortalezas de su hijo?

¿Cuáles son algunos de los juguetes/intereses favoritos de su hijo?

¿Tiene su hijo algún otro diagnóstico médico?

¿Cuándo fue el chequeo más reciente de su hijo?

Idiomas que su hijo habla y/o entiende en casa:

¿Ha habido algún evento familiar traumático en el curso del desarrollo del niño? En caso afirmativo, descríballo:

¿Su hijo ha tenido alguna terapia previa del lenguaje, terapia ocupacional, fisioterapia, nutricionista, psicólogo o apoyo académico?

Adopción / Colocación en crianza temporal (si corresponde)

Indique la edad en el momento de la adopción/colocación en crianza temporal:

Historia Prenatal / Nacimiento

Embarazo (si el niño fue adoptado y esto se desconoce, omita).
Marque todo lo que corresponda.

- Embarazo Planificado, IVF, etc.
- Complicaciones durante el embarazo para la madre/duración del parto
- Pérdida de un ser querido durante el embarazo.
- ¿Choque? / pinzas utilizadas
- Alcohol consumido durante el embarazo.
- Fumar durante el embarazo
- Actividad durante el embarazo
- Medicamentos utilizados durante el embarazo.
- Posición de entrega
- parto por cesárea
- Peso de nacimiento
- APGAR
- Requiere tratamiento especial
- Contacto físico inmediato con mamá.
- Amamantado
- Depresión post-parto
- ¿Mamá habló mucho?
- ¿La madre cantó durante el embarazo?
- Embarazos complicados anteriores
- Lazo de lengua al nacer

NICU / Guardería de cuidados especiales SCN (si corresponde):

- Duración en NICU o SCN
- Diagnósticos en NICU o SCN
- Tratamiento en NICU o SCN
- N / A

Historial Médico

¿Su hijo ha experimentado o ha sido diagnosticado con alguno de los siguientes?
Marque todo lo que corresponda.

- Problemas adenoides
- Asthma
- Enuresis
- Defectos de nacimiento
- Problemas intestinales
- Varicela
- Problemas dentales
- Colic
- Problemas de digestión
- No prosperar
- Resfriados frecuentes
- GERD - gastroesophageal reflux
- Heridas en la cabeza
- dolores de cabeza
- Pérdida de la audición

- Fiebres altas
- Trastorno muscular
- Mordiendo las uñas
- Desorden neurológico
- Pesadillas
- Dificultades respiratorias
- Problemas sensoriales
- Problemas de la piel
- Problemas para dormir
- faringitis estreptocócica
- Problemas de la piel
- Tonsilitis
- Problema de visión
- Otra:

¿Ha consultado su hijo con otros profesionales o especialistas médicos por problemas médicos? Si es así, indique los nombres del médico, el sitio de la clínica y la fecha de la última visita.

Especialista en autismo

Audióloga

Cardiólogo

Quiropráctico

Intervención rápida

Gastroenterólogo

Genetista

Naturópata

Neurólogo

Neurodesarrollo

Nutricionista

Oftalmólogo

Otorrinolaringólogo

Psicólogo

Neumólogo

Otra:

A qué edad comenzó su hijo a:

Sentarse:_____ Caminar:_____Correr: _____

Habla la primera palabra:_____ Empiece a juntar palabras: _____Comience a usar oraciones:_____

¿Su hijo ha tenido alguna infección de oído? Si es así, ¿cuántos?

Audiencia (Marque todo lo que corresponda:)

- | | | | |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Mi hijo pasó su cribado auditivo recién nacido | <input type="checkbox"/> | Mi hijo ha tenido una audiencia formal evaluación |
| <input type="checkbox"/> | Mi hijo no pasó el examen de audición para recién nacidos | <input type="checkbox"/> | Mi hijo tiene dispositivo auditivo |
| <input type="checkbox"/> | Mi hijo actualmente no tiene problemas de audición. | <input type="checkbox"/> | Otra: |

Visión (Marque todo lo que corresponda:)

- | | | | |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Mi hijo tiene buena visión | <input type="checkbox"/> | Mi hijo ha tenido pruebas de visión formales |
| <input type="checkbox"/> | Mi hijo ha experimentado problemas con su o su vista o visión | <input type="checkbox"/> | Mi hijo tiene lentes correctivos |
| <input type="checkbox"/> | Mi hijo nunca ha tenido un examen de visión formal | <input type="checkbox"/> | Otra: |

* ¿Cuándo fue el último examen de la vista de su hijo?

Date: _____ Resultado del examen de la vista: _____

Procedimientos: ¿Su hijo ha tenido alguno de los siguientes procedimientos?

- | | | | |
|--------------------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Sin trámites | <input type="checkbox"/> | Video estudio fluoroscópico. |
| <input type="checkbox"/> | Broncoscopia | <input type="checkbox"/> | Otra: |
| <input type="checkbox"/> | GI superior / Trago de bario | | |

Cirugías: ¿Su hijo ha tenido alguna cirugía? Si son múltiples, enumere por separado.

***Medicamentos: ¿Está su hijo tomando algún medicamento o vitamina (recetados o sin receta)? Enumere a continuación:**

Alergias: ¿Tiene su hijo alguna alergia o intolerancia (sospechada o diagnosticada)? Listado abajo.

Historia de la Alimentación, el Habla y el Desarrollo

Primer año de vida:

- | | | | |
|--------------------------|------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Amamantada | <input type="checkbox"/> | Problemas de alimentación |
| <input type="checkbox"/> | Alimentado con biberón | <input type="checkbox"/> | Problemas para dormir |
| <input type="checkbox"/> | NG tube feedings | <input type="checkbox"/> | Otros problemas de alimentación: |
| <input type="checkbox"/> | Chuparse el dedo | | |

Años de niño pequeño: responda la edad en que se desarrolló cada habilidad (si aún no se desarrolló, escriba n/a).

Alimentado con biberón: _____ Taza de entrenamiento: _____ Aprendió a caminar: _____

Aprendió a utilizar utensilios: _____

Problemas para dormir: _____ Problemas de alimentación: _____ Entrenado para baño: _____

Edad de las primeras palabras: _____ La edad empezó a juntar palabras: _____

Frases iniciadas por edad: _____ Otra: _____

¿Cómo describiría el desarrollo motor de su hijo?

- Normal
- Demorado
- Avanzado

Al aprender a hablar/comunicarse, ¿lo hizo su hijo? (marque todo lo que corresponda)

- No aplica / no habla
- Utilice palabras/jerga confusas
- Comience con palabras simples, luego dos palabras y luego oraciones.
- ¿No habló por un tiempo y de repente habló con oraciones completas?
- Utilice un dispositivo de comunicación
- Otras observaciones del desarrollo del habla.

Estado actual: alimentación por sonda (si corresponde)

¿Qué tipo de tubo tiene su hijo?

- NG
 G - Tube
 PEG - Tube
 Other:

¿La alimentación es por bolo o por goteo?

- Bolo Goteo Nada

Calcule la nutrición del niño que se administra por sonda:

- 100% 75% 50% 25%

¿Dónde se encuentra su hijo cuando se le administra alimentación por sonda?

¿Quién suele dar la alimentación por sonda?

Estado actual: alimentación por boca (si corresponde)

¿Cómo le hace saber su hijo que tiene hambre?

¿Cuántas comidas se ofrecen cada día?

¿Cuántas meriendas se ofrecen cada día?

¿Se ofrecen comidas y refrigerios en un horario (a la misma hora todos los días)?

¿Dónde se sienta su hijo a comer?

- Ellos no prefieren sentarse y comer (deambular y comer).
- Silla alta
- Silla elevadora
- Silla en la mesa
- Otra:

¿Su hijo siempre se alimenta en la misma habitación?

- Si No

¿Quién es la persona principal que alimenta al niño?

¿Quién más está con su hijo cuando come?

¿Cómo le avisa su hijo que ha terminado de comer?

Enumere los alimentos que su hijo comerá y beberá. Enumere los favoritos primero para cada categoría:

Carnes:

Verduras:

Frutas:

Lácteos:

Granos:

Líquidos:

Otra:

Enumere los alimentos/bebidas que su hijo RECHAZA:

Carnes:

Verduras:

Frutas:

Lácteos:

Granos:

Mi hijo come una variedad de alimentos:

Mi hijo lucha con comer una variedad:

Enumere los alimentos/bebidas a los que su hijo es ALÉRGICO/INTOLERANTE:

Carnes:

Verduras:

Frutas:

Lácteos:

Granos:

Líquidos:

Otra:

Comportamientos alimentarios (marque todos los que correspondan):

- | | | | |
|--------------------------|------------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Rechaza la botella | <input type="checkbox"/> | Se escapa durante la alimentación. |
| <input type="checkbox"/> | Rechaza el pecho | <input type="checkbox"/> | Tira/escupe comida |
| <input type="checkbox"/> | Rechaza la comida sólida | <input type="checkbox"/> | Necesita estar distraído para comer |
| <input type="checkbox"/> | Toma solo una textura | <input type="checkbox"/> | No se queda quieto para comer |
| <input type="checkbox"/> | Come una variedad limitada de alimentos. | <input type="checkbox"/> | No parece tener hambre |
| <input type="checkbox"/> | Tose o se ahoga durante la alimentación. | <input type="checkbox"/> | La cantidad consumida es impredecible |
| <input type="checkbox"/> | Vómitos durante la alimentación. | <input type="checkbox"/> | Parece tener dolor al comer. |
| <input type="checkbox"/> | Vómitos entre comidas. | <input type="checkbox"/> | Parece asustado de comer |
| <input type="checkbox"/> | Tiene arcadas con frecuencia | <input type="checkbox"/> | Se despierta frecuentemente por la noche para alimentarse. |
| <input type="checkbox"/> | Llora durante la alimentación | <input type="checkbox"/> | Otra: |
| <input type="checkbox"/> | Tiene rabiets durante la alimentación. | <input type="checkbox"/> | |

Estado actual: emocional/sensorial

Cuando se le da a elegir, ¿prefiere su hijo jugar solo o con otros?

- Solo
- Con otros

Las habilidades de juego/interacción con compañeros de mi hijo (marque todo lo que corresponda):

- Juega en paralelo con sus compañeros
- Imita a sus compañeros
- Turnarse durante los juegos
- Comparte bien con otros niños.
- No comparte bien con otros niños.
- Inicia a otros a jugar.
- Se turna durante juegos estructurados.
- Tiene dificultad para tomar turnos durante el juego estructurado.
- Puede seguir a otros compañeros jugar ideas
- Evite a sus compañeros

- Aprende fácilmente a interactuar con nuevos compañeros.
- Tiene dificultades para interactuar con nuevos compañeros.
- Busca a otros con quienes jugar.
- Pasa cantidades excesivas de tiempo en actividades solitarias (por ejemplo, videojuegos)
- Tiene intereses inusuales o intereses muy limitados.
- Tiene varios amigos
- ha sido intimidado

Las habilidades emocionales de mi hijo:

- Puede identificar gustos y disgustos
- Puede identificar emociones en uno mismo.
- Identifica emociones en otros
- Demuestra afecto hacia sus compañeros/otros
- Demuestra empatía hacia sus compañeros/otros
- Demuestra comportamiento agresivo hacia los demás.
- Demuestra comportamientos agresivos hacia sí mismo.
- Demuestra miedos intensos.
- Se vuelve extremadamente ansioso, tiene ataques de pánico o experimenta ansiedad social con los demás.
- Muestra confusión sobre cómo hacer amigos o responder a otras personas.
- Muestra tristeza por las dificultades sociales.
- Se enoja fácilmente
- Muestra poca o ninguna empatía hacia los demás.
- Otras observaciones emocionales del niño.

¿Algún problema de conducta específico observado en el curso del desarrollo de su hijo?

Estado actual: discurso

¿Cuánto entiende usted del habla de su hijo?

- | | | | |
|--------------------------|-------------|--------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> | 10% o menos | <input type="checkbox"/> | 51-74% |
| <input type="checkbox"/> | 11-24% | <input type="checkbox"/> | 75-100% |
| <input type="checkbox"/> | 25-50% | | |

¿Qué parte del discurso de su hijo entienden los demás?

- | | | | |
|--------------------------|-------------|--------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> | 10% o menos | <input type="checkbox"/> | 51-74% |
| <input type="checkbox"/> | 11-24% | <input type="checkbox"/> | 75-100% |
| <input type="checkbox"/> | 25-50% | | |

¿Su hijo tiene dificultades para producir ciertos sonidos?

- Si
 No

¿Su hijo duda y/o repite sonidos o palabras?

- Si
 No

¿Su hijo demuestra frustración cuando no lo entienden?

Educación

Información de la escuela (si corresponde)

Nombre dirección:

Grado actualmente en:

Repetidos de grado, en su caso:

Aula de educación especial (autónoma)

Preescolar del desarrollo

Cualquier servicio de terapia (del habla, ocupacional, fisioterapia)

Terapia del habla en la escuela.

IEP / 504 plan

Si el niño está en la escuela, ¿hay alguna preocupación sobre el desempeño académico (por ejemplo, lectura, escritura, áreas temáticas)?

Si

No

¿A su hijo le gusta la escuela? ¿Cómo describiría el comportamiento de su hijo en la escuela (tímido, desafiante, cooperativo, etc.)?

Sobre tu hijo

¿Cómo describiría la personalidad de su hijo?

¿Hay algo más sobre los antecedentes o la condición actual de su hijo que considere importante mencionar?

Thank you for taking the time to fill this out.

Your therapist will review this valuable information to support the upcoming speech language assessment.

We appreciate the time you took to complete this form.