MARY K. CHAPMAN CENTER FOR COMMUNICATIVE DISORDERS
UNIVERSITY OF TULSA

CUESTIONARIO SOBRE HISTORIA DE SU NIÑO(A). **CONFIDENCIAL**

Nombre de la persona para quien es la cita Edad Sexo Fecha de Nacimiento

Raza o grupo étnico de su niño(a) (opcional)

Domicilio Ciudad, Estado, Código Postal

Número de teléfono Correo Electrónico
(Casa)_____(Celular)_____(Trabajo)_____
¿A dónde prefiere que le llamen? Por favor marque una opción.

Casa Celular Trabajo Correo Electrónico

Nombre de la persona que llena este formulario Relación con el/la niño(a)

Método de pago (por favor marque una opción)

Pago privado Medicaid Empleado de TU/Descuento de Alumno Quiere solicitar beca
de Medicaid

Nombre de la persona responsable de hacer pagos Número de Teléfono

Domicilio (Calle, Número, Ciudad, Estado, Código Postal)

¿Cómo fue que lo refirieron a esta clínica?

Describa brevemente el habla y el lenguaje de su niño(a). Explique cuál es su preocupación.

Si su niño(a) no habla, ¿cómo se comunica?

HISTORIA DE TERAPIAS:

¿Su niño(a) actualmente recibe o ha recibido terapia del habla y lenguaje de:?	Escuela Nombre de la escuela: Fechas:	Privada Nombre del lugar: Fechas:	SoonerStart Fechas	Otro Nombre del lugar: Fechas:
¿Su niño(a) recibe otros servicios de terapia?	Terapia física Nombre del lugar: Fechas:	Terapia ocupacional Nombre del lugar: Fechas:	Terapia psicológica: Nombre del lugar: Fechas:	Otra Nombre del lugar: Fechas:

HISTORIA FAMILIAR:

Nombre de la Madre Edad Ocupación Teléfono del Trabajo

Domicilio si es diferente al del niño(a)

Nombre del Padre: Edad Ocupación Teléfono del Trabajo

Domicilio si es diferente al del niño(a)

S

Si el niño(a) no vive con los padres, ¿quién tiene la custodia legal de este niño(a)?

NOMBRES DE HERMANOS	Edad	Sexo	¿Vive en la casa?	¿Problema con el habla?

PARIENTES U OTRAS PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA	**TIPO DE RELACIÓN**

¿Qué idiomas se hablan en casa? **¿Cuál es el lenguaje primario en casa?**

¿Existe historial familiar de problemas de habla o desorden con el lenguaje?

HISTORIA DEL NACIMIENTO DE SU NIÑO(A)

Nacido en un Hospital, Casa, Otro Ciudad Estado

Peso al nacer Término completo Prematuro Nacimiento Múltiple Medicamentos

Número de semanas En embarazo al nacer

Nacimiento normal posición reversa Cesárea de emergencia Cesárea

¿Recibió su bebe cuidado especial al nacer o después de nacido? No Sí
¿Recibió su bebe cuidado en la unidad de cuidados intensivos neonatales? No Sí ¿Por cuánto tiempo?___
Describa por favor los servicios especiales recibidos, medicamentos recibidos y diagnostico:

HISTORIA DEL DESARROLLO DE SU NIÑO(A):

Dé la edad aproximada cuando su niño(a) hizo lo siguiente:
Destrezas motrices

Se sentó solo(a) _____
Gateó _____
Se paró solo(a) _____
Caminó solo(a) _____
Pudo subir escalones_____
Pudo correr 10 pies de distancia _____

Destrezas del habla y el lenguaje

Balbuceó _____
Dijo las primeras palabras _____
Tuvo 50 palabras _____
Combinó dos palabras _____
Usó oraciones de 3 palabras o más _____

Destrezas de auto-ayuda

Cuándo dejó de darle botella _____
Cuándo empezó a comer solo(a) con sus dedos _____
Tomó de una taza _____
Comió con cuchara _____
Avisó para ir al baño _____
Se vistió solo(a) (pantalones y camisa) _____

Marque sí o no a lo siguiente:

Destrezas sociales

Hace contacto visual con otros	SÍ	NO
Apunta a cosas de interés	SÍ	NO
Responde bien al estar con gente	SÍ	NO
Juega con otros niños	SÍ	NO
Se siente mejor en una situación después de un periodo de tiempo	SÍ	NO
Es extremadamente activo o inquieto	SÍ	NO
Es físicamente agresivo	SÍ	NO
Es impulsivo	SÍ	NO
Muestra comportamiento repetitivo	SÍ	NO

HISTORIA MÉDICA:

Nombre y dirección del médico familiar o pediatra

¿Está su niño(a) recibiendo tratamiento médico actualmente? Si es así, describa este tratamiento.

_____

¿Ha recibido su niño(a) un diagnostico médico específico?

_____

¿Tiene su niño(a) alergia a comidas o se debe tener alguna precaución con su dieta?

_____

Haga una lista de todas las enfermedades, lesiones, enfermedades infantiles y operaciones, de las fechas y estancia en hospital.

Enfermedad, Lesión, Operación	Fecha	Hospital/Estancia

¿Pasó su niño(a) el examen de oído al nacer?

NO SÍ

¿Le preocupa la audición de su niño(a)?

NO SÍ - Explique

_____

¿Existe historia de pérdida de audición, infecciones de oído, etc.?

NO SÍ - Explique

¿Se le ha diagnosticado a su niño(a) con pérdida de audición? Haga una lista del tipo de pérdida y la severidad.

NO SÍ

¿Usa su niño(a) aparato para sordera? ¿Dónde y cuándo se le adaptaron?
NO SÍ Oído Izquierdo Oído Derecho Bilateral

¿Tiene su niño(a) implante coclear? Fecha y lugar de cirugía de implante
NO SÍ Oído Izquierdo Oído Derecho Bilateral

¿Su niño(a) ha sido examinado(a) por un especialista en oídos, nariz y garganta? Fecha del último examen
NO SÍ

Nombre y dirección del doctor especialista en oídos, nariz y garganta.

¿Su niño(a) ha sido examinado por un audiólogo? Fecha del último examen
NO SÍ

Nombre y dirección del audiólogo

HISTORIA ESCOLAR:

Nombre de la escuela a la cual asiste su niño(a) Dirección

Nombre de su maestro(o) Grado escolar

ESCUELAS ANTERIORES **CIUDAD** **ESTADO**

Mencione las materias en las que le vaya mejor a su niño(a)

Mencione cualquier clase especial a la cual haya asistido o servicios que ha recibido

Mencione las materias que le sean más difíciles a su niño(a)

¿Hay problemas serios de comportamiento en la escuela?

INFORMACIÓN ADICIONAL QUE USTED SIENTA QUE NOS PUEDA AYUDAR A ENTENDER Y PLANEAR MEJOR EN BENEFICIO DE SU NIÑO(A)

En ciertas ocasiones usamos premios durante las evaluaciones y terapia. Por favor marque qué premios son aceptables para usted.

Dulces (mini M&M o Smarties) Calcomanías/estampas Pequeños premios o juguetes Otro _____

POLÍTICA DE EXPEDIENTES

Todos los expedientes de clientes son confidenciales. No daremos ninguna información del cliente o de la persona legalmente responsable del cliente. Si usted desea que los resultados de esta evaluación sean enviados a otro individuo o agencia, debe completar un formulario de consentimiento por separado. Toda la información se mantiene confidencial como se ha descrito en la práctica de privacidad de acuerdo con el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).

La Universidad de Tulsa no discrimina en base a estatus personal o características de un grupo incluyendo, pero no limitando a las clases protegidas bajo leyes federales y estatales en sus programas, servicios, ayuda, y beneficios. Información sobre la implementación de esta política puede ser dirigida a la Office of Human Resources, 800 South Tucker Drive, Tulsa, Oklahoma 74104-3189, (918) 631-2616. Para solicitar los servicios de intérprete, se necesitan de cinco a siete días de anticipación; se recomiendan 48 horas de anticipación para cualquiera de los demás servicios. TU #8120