



LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

**REHABILITACIÓN PEDIÁTRICA • FORMULARIO DE HISTORIA DE CASO**

**INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA**

Nombre del menor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Tel: ( ) \_\_\_\_\_ (casa)  
 ¿Quién es el cuidador principal del niño? \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ (celular)  
 Dirección: \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_ (trabajo)  
 Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_ Nombre del medico: \_\_\_\_\_  
 Describa brevemente las dificultades de su hijo: \_\_\_\_\_  
 Idioma que se habla en casa: \_\_\_\_\_  
 ¿Su hijo fue evaluado anteriormente?  
 Habla/lenguaje  Terapia Física  Terapia ocupacional.  No ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ /¿Dónde? \_\_\_\_\_  
 Audición  No ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ /¿Dónde? \_\_\_\_\_  
 Vista  No ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ /¿Dónde? \_\_\_\_\_  
 ¿Asiste su hijo a la escuela/programa preescolar/guardería?  Sí  No  
 ¿Dónde? \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_  
 Indique los familiares que viven en casa con su hijo:

Nombre	Edad	Relación con el menor	Ocupación/grado	Problemas de lenguaje, audición, o médicos

**HISTORIA DE NACIMIENTO**

Salud de la madre durante el embarazo: \_\_\_\_\_  
 Duración del embarazo: \_\_\_\_\_ Peso al nacer: \_\_\_\_\_ Puntaje Apgar: \_\_\_\_\_  
 Marque todas las que correspondan:  
 Parto de nalgas  Problemas para respirar  Uso de incubadora  Color inusual al nacer  
 Parto seco  Cesárea  Problemas del corazón  Problemas de alimentación:  lactancia  biberón  
 Uso de fórceps/extracción al vacío \_\_\_\_\_  
 Uso de medicamentos durante el trabajo de parto y parto/otros \_\_\_\_\_  
 Uso de alcohol/drogas durante el embarazo \_\_\_\_\_  
 Tiempo de hospitalización? \_\_\_\_\_

**HISTORIA MÉDICA**

¿Ha tenido su hijo o un miembro de su hogar una exposición reciente a lo siguiente?  
 No  Varicella  Sarampión  Paperas  Otro: \_\_\_\_\_ Fecha de exposición: \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene su hijo o un miembro de su hogar staphylococcus aureus resistente a la metilicina (SARM)/ enterococo resistente a la vancomicina (ERV)?  No  Sí En caso afirmativo ¿quién? \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene el niño, cualquier miembro del hogar o cualquiera que visita el hogar frecuentemente tuberculosis (TB)?  
 No  Sí En caso afirmativo ¿quién? \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene el niño de 12 años de edad o más (excluyendo los pacientes con fibrosis quística) o cualquier miembro del hogar o cualquiera que visita el hogar frecuentemente una tos que ha durado más de 2 semanas?  
 No  Sí En caso afirmativo ¿quién? \_\_\_\_\_  
 Marque cualquiera de las siguientes que le hayan causado o están causándole problemas a su hijo:  
 tragar o asfixia  pérdida del conocimiento  resfríos, dolor de garganta o dolor de oídos frecuentes  
 ojos  accidentes graves  enfermedades graves  fiebres altas  amígdalas o adenoides  
 espasmos o convulsiones  operaciones quirúrgicas  hospitalizaciones  otro: \_\_\_\_\_  
 Por favor explique todas las casillas marcadas: \_\_\_\_\_

Especialistas a los que ha ido: : \_\_\_\_\_  
 Medicamentos actuales: \_\_\_\_\_  
 Alergias: \_\_\_\_\_



LINE UP PATIENT I.D. LABEL HERE

**REHABILITACIÓN PEDIÁTRICA • FORMULARIO DE HISTORIA DE CASO**

**HISTORIA SOCIAL/DEL COMPORTAMIENTO**

¿Se separa el niño fácilmente de sus padres para la terapia  Sí  No  
 ¿Es su hijo quisquilloso para comer?  Sí  No  
 Marque cualquiera de las siguientes características del comportamiento de su hijo:  
 Berrinches  Retraído  Juega bien con otros  Nivel de atención limitado  Tímido  
 Prefiere jugar solo  Demasiado activo  Se mete objetos en la boca frecuentemente  
 Agresivo con sus compañeros de juego  Sensible a las texturas (p. ej. ropa, pegamento) \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene historia o es víctima actualmente de abuso sexual, emocional o físico?  Sí  No  Historia  Actualmente  
 ¿Tiene historia o es víctima actualmente de violencia doméstica?  Sí  No  Historia  Actualmente

**HISTORIA DEL DESARROLLO**

¿Cuál es la edad aproximada en que su hijo comenzó a hacer lo siguiente?  
 Ir al baño: \_\_\_\_\_ Usar cuchara para comer: \_\_\_\_\_ Sentarse solo: \_\_\_\_\_ Gatear: \_\_\_\_\_ meses  
 Pararse solo: \_\_\_\_\_ Caminar solo: \_\_\_\_\_ meses  
 ¿Se cae su hijo con frecuencia?  Sí  No  
 ¿Prefiere su hijo usar una mano?  Izquierda  Derecha  Ninguna

**DESARROLLO DEL HABLA/LENGUAJE**

¿Mostraba su hijo reacciones de bebé? (sonreír y llorar apropiadamente)  Sí  No  
 ¿Hacía su hijo sonidos/balbuceaba de bebé?  Sí  No  
 ¿Le mira su hijo mientras usted habla?  Sí  No ¿le mira cuando juegan juntos?  Sí  No  
 ¿Cuándo comenzó su hijo a usar palabras individuales? \_\_\_\_\_ meses  
 ¿Cuándo comenzó su hijo a juntar palabras? \_\_\_\_\_ meses  
 ¿Cuántas palabras usa su hijo en su expresión más larga? \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo le dice normalmente su hijo lo que quiere?  
 Lloro  Usa unas cuantas palabras  Apunta a lo que quiere  
 Dice muchas palabras, pero solo una a la vez  Hace unos cuantos sonidos  
 Usa gestos (p. ej., "dámelo")  Hace muchos sonidos diferentes  
 Dice oraciones o frases simples de dos o tres palabra  Usa oraciones largas  
 ¿Cuándo se preocupó por primera vez por el problema del habla, lenguaje o audición de su hijo? \_\_\_\_\_  
 ¿Aproximadamente qué porcentaje del habla de su hijo entiende?  menos de 25%,  25%  50%  75%  100%  
 ¿Está su hijo al tanto de su problema?  Sí  No  
 Personas que entienden a mi hijo: padres  Sí  No extraños  Sí  No  
 ¿Cuánto de lo que usted dice entiende su hijo? \_\_\_\_\_  
 solo unas cuantas palabras  instrucciones simples  la mayor de lo que dice  casi todo lo que dice

**SUGERENCIAS**

¿Por qué nos visita hoy día? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo ayuda a su hijo con sus dificultades del habla o motoras? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Deseo que mi hijo aprenda a: (clasifique de más a menos importante).  
 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
 Firma del padre o tutor legal \_\_\_\_\_

**INTERPRETER ONLY**

(Please Print)

Name: \_\_\_\_\_ Agency: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_ Language: \_\_\_\_\_