

Llene por favor esta forma de la historia totalmente y exactamente como sea posible y de vuelta a nosotros antes de la evaluación. Utilice una hoja separada del papel en caso de necesidad.

Fecha : \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que llena este formulario \_\_\_\_\_.

Relación con el niño(a) \_\_\_\_\_.

## I. IDENTIFICAR LA INFORMACIÓN:

1. Nombre del niño(a) \_\_\_\_\_

Nombre,

Nombre medio,

Apellido

2. Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad del niño \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Sexo M F

3. ¿Cómo podemos contactarle? \_\_\_\_\_

4. ¿Está este niño en Medicaid o Peachcare? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Medicaid/PeachCare Número \_\_\_\_\_

5. Información sobre los padres del niño(a):

Padre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Educación \_\_\_\_\_

Lugar del empleo \_\_\_\_\_

Posición \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Educación \_\_\_\_\_

Lugar del empleo \_\_\_\_\_

Posición \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

6. Estado civil de los padres: Solo \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_ Widowed \_\_\_\_\_ Separado \_\_\_\_\_

7. Hermanos y hermanas:

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

8. ¿Todos los nombrados viven en el hogar con el niño(a)? (si no, explica) \_\_\_\_\_

9. Otros que viven con el niño(a) \_\_\_\_\_

10. Idiomas que se habla en el hogar \_\_\_\_\_

11. Primer Idioma que el niño(a) escucho en casa \_\_\_\_\_

12. Quien refirió en niño(a) a este centro? \_\_\_\_\_

13. Médico de cabecera o pediatra \_\_\_\_\_

## II. NACIMIENTO E HISTORIA PRENATAL (las preguntas se aplican al nacimiento del niño que es considerado para una evaluación del discurso)

1. Salud de la madre durante embarazo: Excelente \_\_\_\_\_ Bueno \_\_\_\_\_, Justo \_\_\_\_\_ Pobre \_\_\_\_\_

2. Enfermedades o accidentes durante embarazo \_\_\_\_\_

3. Longitud del embarazo (meses) \_\_\_\_\_

4. Lugar del nacimiento (ciudad y estado) \_\_\_\_\_ Longitud del trabajo (horas) \_\_\_\_\_



**NACIMIENTO E HISTORIA PRENATAL CONTINUADA:**

5. ¿Había problemas inusuales en la entrega? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Si sí, explique \_\_\_\_\_
6. Tipo de entrega: Normal \_\_\_\_\_ Trasero \_\_\_\_\_ Cesariano \_\_\_\_\_ Seco \_\_\_\_\_ Fórceps \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_
7. Edad de la madre a la hora del nacimiento del niño \_\_\_\_\_ Edad del padre \_\_\_\_\_
8. ¿Cualesquiera de los procedimientos siguientes fueron utilizados durante los primeros cinco días de la vida del niño?  
Golpecito espinal \_\_\_\_\_ Radiografía del cráneo \_\_\_\_\_ Oxígeno \_\_\_\_\_ Radiografía del pecho \_\_\_\_\_ Transfusión de sangre \_\_\_\_\_ Incubadora \_\_\_\_\_
9. Color en el nacimiento : Normal \_\_\_\_\_ Azul \_\_\_\_\_ Ictérico (amarillento) \_\_\_\_\_
10. ¿Anormalidades o deformidades mencionadas no mencionadas? \_\_\_\_\_
11. ¿El bebé padece de alguna de las siguientes? (porfavor circule las que se apliquen)  
Fiebre, el vomito excesivo, alergias, sangrado, colicos, problemas de alimentación, griterío excesivo
12. Longitud de la estancia en el hospital \_\_\_\_\_

**III. DESARROLLO:** (la estimación numera 1 a 4 tan de cerca como sea posible)

1. En qué **edad** hizo a niño: Soporte la cabeza \_\_\_\_\_ Siéntese solamente \_\_\_\_\_ Soporte solamente \_\_\_\_\_  
Caminata solamente \_\_\_\_\_ Alimentación misma \_\_\_\_\_ Bebida de una taza \_\_\_\_\_ Vestido sin ayuda \_\_\_\_\_ Zapatos del lazo \_\_\_\_\_ Color dentro de un contorno \_\_\_\_\_ Utilice la tijera \_\_\_\_\_
2. ¿Cuándo lo destetaron? (**edad**) \_\_\_\_\_ ¿Él utilizó un ma's pacifier? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Hasta qué edad? \_\_\_\_\_  
¿Él aspiró su pulgar o dedo? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Hasta qué edad? \_\_\_\_\_
3. ¿En qué edad él ganó control de su vejiga mientras que es despierto? \_\_\_\_\_ ¿Mientras que esta' dormido? \_\_\_\_\_
4. ¿En qué edad él ganó el control de sus intestinos mientras que es despierto? \_\_\_\_\_ ¿Mientras que esta' dormido? \_\_\_\_\_
5. ¿Qué mano él utiliza? \_\_\_\_\_ ¿En qué edad esto fue establecida? \_\_\_\_\_
7. ¿Él tiene dificultad usando sus manos? Si \_\_\_ No \_\_\_ Si sí, explique \_\_\_\_\_
8. ¿Él tiene masticación de la dificultad? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Al tragar? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**IV. SOCIAL:**

1. ¿El niño pasa todo o una parte de su día con alguien con excepción de sus padres? Si \_\_\_ No \_\_\_ Si sí, explique \_\_\_\_\_
2. Compruebe todo lo siguiente que aplique: Goza el estar con la gente \_\_\_\_\_ Se entretiene bien \_\_\_\_\_ No juega solo bien \_\_\_\_\_ Tiene concentrarse de la dificultad \_\_\_\_\_ Es torpe \_\_\_\_\_ Está agitado \_\_\_\_\_ Está sobre activo \_\_\_\_\_  
Está debajo de activo \_\_\_\_\_ Se retira y prefiere estar solo \_\_\_\_\_ Es impopular y rechazado \_\_\_\_\_
3. ¿Cómo usted describiría el temperamento de su niño(a)? Alegre \_\_\_\_\_ Tímido \_\_\_\_\_ El ir fácil \_\_\_\_\_  
Difícil \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_
3. Actividades preferidas del juego \_\_\_\_\_
4. Los amigos incluyen: \_\_\_\_\_
5. ¿ Como describe su disciplina? Educado \_\_\_\_\_ Clemente (fácil) \_\_\_\_\_ Insobordinado \_\_\_\_\_
6. ¿Qué forma de disciplina se utiliza generalmente? Verbal \_\_\_\_\_ Tiempo hacia fuera \_\_\_\_\_  
Azote \_\_\_\_\_ Otro (explique) \_\_\_\_\_
7. ¿Quién disciplina generalmente a niño(a)? \_\_\_\_\_
8. ¿El niño ha tenido experiencias emocionalmente traumáticas? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si sí, explique y describa el efecto sobre el niño(a) \_\_\_\_\_

**V. HISTORIAL MÉDICO**

1. Estado actual de la salud de niño: Excelente \_\_\_\_\_ Bueno \_\_\_\_\_ Pobre \_\_\_\_\_
2. Diagnosis médica, si la hay \_\_\_\_\_  
Enfermedades (dé las **edades** que el niño tenía cualquiera del siguiente): Sarampión alemán \_\_\_\_\_  
Sarampión room \_\_\_\_\_ Varies \_\_\_\_\_ Escalating \_\_\_\_\_ Toss farina \_\_\_\_\_ Sinusitis \_\_\_\_\_  
Raquitismo \_\_\_\_\_ Pulmonía \_\_\_\_\_ Difteria \_\_\_\_\_ Tonsilitis \_\_\_\_\_ Convulsiones \_\_\_\_\_  
Paperas \_\_\_\_\_ Dolores/infecciones del oído \_\_\_\_\_ Gripes crónicas \_\_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_\_  
Meningitis \_\_\_\_\_ Encefalitis \_\_\_\_\_ Otras enfermedades y edades: \_\_\_\_\_
4. ¿Hay condiciones médicas que estén afectando perceptiblemente el desarrollo del niño?

## EL HISTORIAL MÉDICO CONTINUÓ

5. Describa cualquier operación que el niño haya tenido \_\_\_\_\_  
 ¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
 ¿Dónde lo hospitalizaron? \_\_\_\_\_
6. ACCIDENTES \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ HOSPITAL Yes \_\_\_ No \_\_\_ CUANTO TIEMPO \_\_\_\_\_
7. ¿El niño está tomando medicamentos? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Que? \_\_\_\_\_

## VI. EDUCACION:

1. ¿él o él atiende al pre-entrenamiento? Si \_\_\_ No \_\_\_
2. Escuela actual \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Profesor \_\_\_\_\_
3. La lista de escuelas que atendió incluyendo las localizaciones y las fechas que su niño les atendió \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
4. ¿Está él con frecuencia ausente del pre-entrenamiento o de la escuela? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Si es así por qué? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
5. ¿Él ha fallado grados? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿Si es así que? \_\_\_\_\_
6. Enumere cualesquiera clases o curso particular especiales que él haya recibido. (incluya la educación especial, la terapia ocupacional, la terapia física etc.) \_\_\_\_\_
7. ¿Su niño ha terapia para conversacion? \_\_\_\_\_
8. ¿De dónde y cuándo él recibió terapia de conversacion? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
9. ¿En que areas ayudo la terapia? (ejemplos: pronunciación de sonidos o de palabras, de la lengua hablada que entiende, aumentando las palabras el niño dicho, el etc.) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## VII. HISTORIA DEL DISCURSO Y DE LA LENGUA :

1. ¿él coo y gorjeo como infante? ¿En qué **edad**? \_\_\_\_\_ ¿Él farfulló como infante? ¿En qué **edad**? \_\_\_\_\_
2. ¿En qué **edad** él dijo sus primeras palabras? \_\_\_\_\_ ¿Cuáles eran ellos? \_\_\_\_\_
3. ¿En qué **edad** él nombró la gente y objetos? \_\_\_\_\_
4. ¿En qué **edad** él combinó dos o más palabras? \_\_\_\_\_
5. ¿En qué **edad** él comienzan a utilizar oraciones? \_\_\_\_\_
6. ¿El aprender del discurso se parecía siempre parar por un período? Si \_\_\_ No \_\_\_  
 Si es así explique por favor \_\_\_\_\_
7. ¿Cómo expresa su estado de animo? Risas \_\_\_\_\_ gritos \_\_\_\_\_ sonrisas \_\_\_\_\_ ningunas de éstos \_\_\_\_\_
8. ¿Cómo él hace saber sus nesesidades? Discurso \_\_\_\_\_ gestos \_\_\_\_\_ ambos \_\_\_\_\_
9. ¿Él procura imitar discurso? Si \_\_\_ No \_\_\_
10. ¿Él utiliza voz o el discurso para su propio placer? Si \_\_\_ No \_\_\_
11. ¿El excesivamente "loro" o "eco" que se dice a él? Si \_\_\_ No \_\_\_
12. ¿Él habla sobre todo en discurso susurrado? Si \_\_\_ No \_\_\_
13. ¿Es su discurso comprensible a la familia? Si \_\_\_ No \_\_\_ ¿A otros? Si \_\_\_ No \_\_\_
14. Describa el problema del discurso del niño \_\_\_\_\_
15. ¿En qué **edad** el prblema de la conversacion fue notado? \_\_\_\_\_  
 ¿Ha mejorado? Si \_\_\_ No \_\_\_
16. ¿Qué usted ha hecho para ayudar para mejorar su habla? \_\_\_\_\_
17. ¿Él entiende que se dice a él? Si \_\_\_ No \_\_\_
18. ¿Lo embroman siempre sobre su forma de hablar? Si \_\_\_ No \_\_\_



19. ¿Él repite sonidos o palabras? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
20. ¿Siempre dice las mismas palabras? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**LA HISTORIA DEL DISCURSO Y DE LA LENGUA CONTINUÓ**

21. ¿Él tiene dificultad el "encontrar" de palabras que él desea decir? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
22. ¿Él tiene dificultad el pronunciar ciertos sonidos? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Si es así que? \_\_\_\_\_

**VIII. COMPORTAMIENTO AUDITIVO :**

1. Encierre todos los siguientes que se aplican: Responde a la mayoría de los sonidos, responde a los sonidos ruidosos solamente, responde a los sonidos constantemente, no hace caso deliberadamente de sonidos, demuestra miedo a los sonidos, responde a los sonidos pero no al cuando se le habla?
2. ¿A tenido exámenes del oído alguna vez? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Por quién? \_\_\_\_\_
3. ¿Su niño pide a menudo la información sea repetida? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
4. ¿Su niño entiende mal a menudo lo que se le dice? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
5. ¿Su niño tiene dificultad el escuchar en situaciones donde hay ruido de fondo como la sala de clase o cuando la TV está encendida en un nivel normal? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
6. ¿Su niño tiene dificultad el seguir de instrucciones habladas? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**IX. PREGUNTAS :**

¿Qué preguntas específicas usted espera haber contestado como resultado de la evaluación de Conversacion?

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_