

Pediátrico	Nombre: _____
Historia y Antecedentes	Fecha: _____
Antecedentes Médicos	Fecha De Nacimiento: _____

El parto fue normal o hubo complicaciones? _____

(Si alguna complicación, indique porfavor)

Etiologías

- Anoxemia
- Dificultades respiratorias
- Facial Craneal (labio leporino o paladar hendido)
- El examen auditivo fallo
- Prematuro
- Otro: _____

Si	No	Notas

Fue hospitalizado su hijo(a), si es así, cual fue la causa? _____

Cuál es el idioma principal en el hogar? _____

Cuál es el idioma principal que su niño(a) habla? Si no habla, cómo se comunican? _____

- Gestos
- Apunta
- Frases cortas
- Señas
- Utiliza un sistema PEC
- Vocalizaciones
- Palabras
- Otro: _____

Si	No	Notas

Por favor anote la edad aproximada en cual logró su hijo(a) los siguientes etapas importantes del desarrollo:

Balbupear: _____

Dijo la primera palabra: _____

Puso dos palabras juntas: _____

Habló con frases cortas: _____



Pediátrico	Nombre: _____
Historia y Antecedentes	Fecha: _____
Antecedentes Médicos	Fecha De Nacimiento: _____

Si ellos hablan, utilizan los siguientes?	Si	No	Notas
Sonidos			
Palabras			
Frases de 2-4 palabras			
Otro: _____			

Qué idioma entiende su hijo(a)? _____

Cuál es la principal preocupación para su hijo(a)? _____

Esta recibiendo su hijo(a) alguna terapia para su retraso de comunicación o otros retrasos (como física o ocupacional) Si , como cual? _____

Su visión y audición son funcional? _____

Si hay una pérdida de la audición, usan aparatos auditivos? _____

Tienen un implante coclear, en caso afirmativo, Cuándo fueron implantados? _____

Hay un historial de problemas cardíacos? _____

Existe un historial de problemas respiratorios? _____

Habla y Lenguaje Edades 0-3

Su niño(a) es capaz de seguir instrucciones simples en el hogar que involucran elementos familiares, o necesitan la repetición?

	Si	No	Notas
1 Paso			
2 Paso			
3 Paso			

Puede su hijo entrar a otra habitación y recuperar un elemento cuando se le pide? _____



Pediátrico
Historia y Antecedentes
Antecedentes Médicos

Nombre: _____

Fecha: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Habla y Lenguaje Edades 0-3

Su hijo puede responder preguntas fáciles como: qué, dónde, o quien? _____

Es el niño capaz de predecir las rutinas de lo que usted dice?

	Si	No	Notes
"Hora para la cama"			
"Tiempo de merendar"			
"Es hora de limpiar"			

Su hijo reconoce signos tales como:

	Si	No	Notas
Burger King			
Walmart			
McDonald's			
Dunkin' Doughnuts			

A Su hijo(a) le gusta cantar, bailar o escuchar música? _____

Cuántas palabras tienen?

	Si	No	Notas
12-18 meses; 3-20 palabras			
18-24 meses; 50 palabras			
24-30 meses; 200 palabras			
30-36 meses; 500 palabras			

Si su niño(a) habla, omiten sonidos? _____

Es su lenguaje inteligible, no dude en puntuarlos

	Si	No	Notas
100%			
70%			
50%			
25%			
0%			



Pediátrico	Nombre: _____
Historia y Antecedentes	Fecha: _____
Antecedentes Médicos	Fecha De Nacimiento: _____

Sensoriales, Atención y Enfoque

Es su hijo capaz de concentrarse y prestar atención durante alguna actividad, si no, describa?

Son capaces de concentrarse en una actividad en un ambiente ruidoso? _____

Demuestra su niño(a) conocimiento de la seguridad (como no correr en la calle o tocar una estufa caliente)

Es alerta(a) de sus alrededores? _____

Llega a molestarse o se agita si hay mucho ruido en el fondo? _____

Cuál es la velocidad de sus respuestas?

	Si	No	Notas
Apropiado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Impulsivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Los retrasos leves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Los retrasos moderados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Los retrasos graves	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ninguna respuesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Cuáles son sus expectativas de esta clínica? _____

Firma: _____ Fecha: _____

