



Cuestionario Inicial: Historial Médica, Familiar y del Desarrollo

El propósito de este cuestionario es reunir información acerca de su hijo(a) y su familia antes de la evaluación de su hijo(a). Sus respuestas nos permitirán planificar específicamente la evaluación de su hijo(a). No se preocupe si Ud. no tiene toda la información para contestar cada pregunta, ya que podemos discutirlo en su visita. Nosotros agradecemos su tiempo y dedicación para completar este cuestionario. Si Ud. necesita espacio adicional, favor escribir al dorso de esta página.

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha: _____ Formulario completado por: _____

Relación con el niño(a): _____

Nombre del niño(a): _____
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellidos) (Apodo)

Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Grado en la escuela (Si está estudiado): _____

Escoja Uno: Padre Adoptivo Biológico Familia de Acogida

¿A qué edad llegó el niño(a) al hogar? (Si Ud. no es el padre biológico) _____

Nombre del pariente: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Nombre del guardián (si es diferente del padre): _____

Teléfono: _____ Dirección: _____

¿Quién remitió o recomendó al niño(a) para esta cita? _____

¿Quién es el médico de cabecera del niño(a)? _____

¿Qué le preocupa acerca de su hijo(a)? _____

¿Cuándo fue la primera vez que lo notó? _____

HISTORIAL DEL EMBARAZO, NACIMIENTO Y SALUD

Número de embarazos de la madre biológica del niño(a): _____

¿Ha tenido la madre algún aborto espontáneo, aborto, o un hijo(a) nacido muerto? (Favor de hacer una lista):

Durante el embarazo, la madre (Indique **Si** o **No**):

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>Describe el Problema</u>
Le ocurrió infección u otra enfermedad	___	___	_____
Tuvo toxemia	___	___	_____
Tuvo sangrado	___	___	_____
Tuvo algún esfuerzo indebido o herida	___	___	_____
Tuvo estrés emocional excesivo	___	___	_____
Tomó bebidas alcohólicas	___	___	Cuanto: _____
Fumó	___	___	Cuanto: _____
Tomó medicamentos o drogas (Aparte de vitaminas o hierro)	___	___	_____

¿Qué otros problemas tuvo la madre? _____

Estimación de la duración del embarazo: _____ (semanas)

Peso del bebe (a nacer): _____ Libras _____ Onzas puntaje Apgar, si lo sabe: _____ y _____

Tipo de parto (escoja uno): Natural _____ Cesárea _____ Con Fórceps _____

¿El bebé necesitó asistencia médica para respirar? Sí _____ No _____

¿Estuvo el bebé en la unidad de cuidado intensivo neonatal u otro cuidado especial? Sí _____ No _____

- | | | | |
|------------------------------|------------------|-------------------------|---------------------|
| ___ Problemas de respiración | ___ Convulsiones | ___ Rasquiña en la piel | ___ Vomito Excesivo |
| ___ Ictericia | ___ Infección | ___ Defecto al nacer | |
| ___ Llanto excesivo | ___ Lesiones | ___ Dificultad al comer | |

Indique cualquiera de lo siguiente que tuvo el bebé en el primer mes de vida:

¿Cuál fue su primera impresión del bebé? _____

¿Cuánto tiempo estuvo el bebé en el hospital después de nacer? _____

El bebé necesitó algún tratamiento especial al nacer? Sí _____ No _____

Describe: _____

El bebé pasó la evaluación de audiología de recién nacido? Sí _____ No _____ No Sé _____ No fue evaluado(a) _____

¿El niño(a) ha tenido algo de lo siguiente?	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>Edad</u>
1. Convulsión, ataques, desmayos	___	___	_____
2. Problemas de vista o de los ojos	___	___	_____
3. Infección de oído	___	___	_____
Si ha tenido, ¿cuántas? _____			
4. Dificultad al escuchar	___	___	_____
5. Alergias	___	___	_____

Si ha tenido, ¿A qué es alérgico? _____

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>Edad</u>
6. Ha tenido algún accidente o herida grave	_____	_____	_____
7. Se ha envenenado o tomado sobredosis de algo	_____	_____	_____
8. Algún problema de ganancia o pérdida de peso	_____	_____	_____
9. El niño(a) ha sido hospitalizado(a)	_____	_____	_____
Si lo ha sido, ¿cuándo y por qué? _____			
10. ¿Ha tenido algún otro problema grave o crónico de salud?	_____	_____	_____
11. ¿Alguna historia de envenenamiento por plomo o expuesto(a) a otra toxina?	_____	_____	_____
12. ¿Alguna reacción a las vacunas?	_____	_____	_____
13. ¿Ha tenido el niño(a) una revisión médica en los últimos 12 meses?		Sí _____	No _____
Algún problema de salud o recomendaciones, cuales son y por quien? _____			

¿Cuales medicamentos está el niño(a) tomando actualmente? _____

14. ¿Ha sido diagnosticado con algún problema de desarrollo u otro problema de salud? Si lo ha estado, por favor explique _____

HISTORIAL FAMILIAR

Madre: Edad y estado general de salud: _____

Grado de educación completado: _____ Ocupación actual: _____

Padre: Edad y estado general de salud: _____

Grado de educación completado: _____ Ocupación actual: _____

Hermanos:

Nombre: _____ Edad: _____ Desarrollo y estado de salud: _____

Alguno de los hermanos ha fallecido? Sí _____ No _____

Están los padres del niño relacionados con algún vínculo familiar, excepto por el del matrimonio? (Ejemplo, primos)

Sí _____ No _____

Indique si alguno de los familiares del niño(a) (padres, hermanos, primos, tíos, o abuelos) ha tenido una de las siguientes condiciones de salud (indique en las líneas cual pariente):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hiperactividad o problemas de atención | <input type="checkbox"/> Alguna enfermedad física crónica |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia (convulsiones, ataques, desmayos) | <input type="checkbox"/> Problemas del habla y lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Retardo Mental | <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol y drogas |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental o problemas emocionales |
| <input type="checkbox"/> Diabetes o hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Pérdida del oído (no causada por la edad o ruido) | <input type="checkbox"/> Problemas en matemáticas |
| <input type="checkbox"/> Atrasado en la escuela | <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento |
| <input type="checkbox"/> Problemas musculares o debilidad | <input type="checkbox"/> Problemas genéticos |
| <input type="checkbox"/> Deformidad física | <input type="checkbox"/> Problemas o ataques al corazón (Antes de los 40) |
| <input type="checkbox"/> Problemas de visión | <input type="checkbox"/> Daño al cerebro o columna vertebral |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Han habido algunos cambios o estrés últimamente en la familia u hogar? Sí _____ No _____

Explique: _____

HISTORIAL DE DESARROLLO

Por favor, indique cuando su hijo(a) realizó los siguientes pasos:

Acción	Tiempo (escoja)	Edad Aproximada
Rodar (boca abajo a boca arriba)	Parece temprano / parece a tiempo / parece tarde	
Rodar (boca arriba a boca abajo)	Parece temprano / parece a tiempo / parece tarde	
Sentarse con soporte	Parece temprano / parece a tiempo / parece tarde	
Sentarse sin soporte	Parece temprano / parece a tiempo / parece tarde	
Gatear	Parece temprano / parece a tiempo / parece tarde	
Levantarse con ayuda de muebles	Parece temprano / parece a tiempo / parece tarde	
Caminar solo	Parece temprano / parece a tiempo / parece tarde	
Dejar su biberón	Parece temprano / parece a tiempo / parece tarde	
Beber en vaso especial de niños	Parece temprano / parece a tiempo / parece tarde	
Beber en vaso regular	Parece temprano / parece a tiempo / parece tarde	

Comer solo con los dedos	Parece temprano / parece a tiempo / parece tarde	
Comer solo con cuchara	Parece temprano / parece a tiempo / parece tarde	
Vestirse solo	Parece temprano / parece a tiempo / parece tarde	
Desvestirse solo	Parece temprano / parece a tiempo / parece tarde	
Usar el baño solo para orinar	Parece temprano / parece a tiempo / parece tarde	Día: _____ Noche: _____
Usar el baño para hacer del dos	Parece temprano / parece a tiempo / parece tarde	Día: _____ Noche: _____
Sonreír	Parece temprano / parece a tiempo / parece tarde	
Arrullar	Parece temprano / parece a tiempo / parece tarde	
Balbucear (da-da, ba-ba)	Parece temprano / parece a tiempo / parece tarde	
Jerga (hablar en su idioma especial)	Parece temprano / parece a tiempo / parece tarde	
Palabras solas (nombrar una cosa)	Parece temprano / parece a tiempo / parece tarde	
Usar frases (“mas jugo”)	Parece temprano / parece a tiempo / parece tarde	
Comenzar a usar pequeñas oraciones	Parece temprano / parece a tiempo / parece tarde	

HISTORIAL ESCOLAR

¿Dónde va su niño(a) a la guardería, preescolar, o escuela? _____

¿Su niño(a) ha repetido el grado? Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____

¿Su niño(a) está recibiendo ayuda extra en la escuela? Sí _____ No _____

¿Si contesta “sí”, por favor indique la clase de ayuda?: Tutoría _____ Consejería _____

Otra (Indique) _____

¿Su hijo(a) ha tenido problemas de aprendizaje: En preescolar o kindergarten? _____

Escuela elemental? _____ Escuela intermedia _____ Secundaria? _____

¿Ha recibido su hijo(a) educación especial? Sí _____ No _____ ¿Que grado(s)? _____

Ha recibido su hijo(a) terapia física, ocupacional o del habla? Sí _____ No _____

Está su hijo(a) en un plan de educación individualizada (IEP) actualmente? Sí _____ No _____

Describe los problemas que su hijo(a) tiene en la escuela actualmente: _____

Tiene problemas de comportamiento en la escuela? Sí _____ No _____

Si los tiene, por favor mencionarlos: _____

Tiene su hijo(a) amigos en la escuela? Sí____ No____

Que hace su hijo(a) después de la escuela? _____

Lista de Comportamiento

Si su hijo(a) es menor de 5 años de edad, por favor completar la Parte A - Perfil de Comportamiento y Temperamento en el Niño. Si su hijo(a) es mayor de 6 años de edad, por favor completar la parte B - Lista de Síntomas Pediátricos.

A. El Perfil de Comportamiento y Temperamento en el Niño (Niños menores de 5 años). La siguiente lista de comportamientos y problemas funcionales ocurren en niño(a)s en diferentes etapas en sus vidas. Por favor evalúe a su hijo(a) con referencia a estos comportamientos en una escala de 1 a 5. El "1" significará "no hay problema" y el "5" significará "problema severo". Si fue un problema en el pasado, por favor indique la edad.

	<u>No hay Problema</u>				<u>Severo</u>	<u>Edad</u>
1. Problemas del estómago/comer	1	2	3	4	5	_____
2. Cólicos	1	2	3	4	5	_____
3. Difícil a satisfacer	1	2	3	4	5	_____
4. Problemas con dormir/pesadillas	1	2	3	4	5	_____
5. Muy activo	1	2	3	4	5	_____
6. Berrinches	1	2	3	4	5	_____
7. Temores/fobias raros	1	2	3	4	5	_____
8. Comportamiento destructivo/se lastima	1	2	3	4	5	_____
9. Se frustra fácil con diferentes tareas	1	2	3	4	5	_____
10. Irritable	1	2	3	4	5	_____
11. Terco	1	2	3	4	5	_____
12. Poca concentración y atención	1	2	3	4	5	_____
13. No es cariñoso y poco contacto con los ojos	1	2	3	4	5	_____
14. Difícil a disciplinar	1	2	3	4	5	_____
15. Rabias o mal genio repentino, pelea con otros	1	2	3	4	5	_____
16. Actúa sin pensar	1	2	3	4	5	_____
17. Cruel con los animales	1	2	3	4	5	_____
18. Dice mentiras	1	2	3	4	5	_____
19. Baja autoestima	1	2	3	4	5	_____
20. Se preocupa muchísimo	1	2	3	4	5	_____

21. Otros comportamientos que le preocupan: _____

B. Lista de Síntomas Pediátricos (niños mayores de 6 años de edad). Por favor indique lo que mejor se relacione con su hijo(a).

	<u>Nunca</u>	<u>Algunas Veces</u>	<u>Siempre</u>
1. Quejas de dolor	_____	_____	_____
2. Pasa mucho tiempo solo	_____	_____	_____
3. Se cansa fácil y tiene poca energía	_____	_____	_____
4. Nervioso y no puede permanecer quieto	_____	_____	_____
5. Tiene problemas con los maestros	_____	_____	_____
6. Poco interés en la escuela	_____	_____	_____
7. Actúa como si tuviera un motor adentro	_____	_____	_____
8. Sueña despierto	_____	_____	_____
9. Se distrae fácilmente	_____	_____	_____
10. Se asusta de las situaciones nuevas	_____	_____	_____
11. Se siente triste y no es feliz	_____	_____	_____
12. Se irrita y se enoja fácilmente	_____	_____	_____
13. Se siente sin esperanza	_____	_____	_____
14. Tiene problemas de concentración	_____	_____	_____
15. Poco interés en hacer amigos	_____	_____	_____
16. Pelea con otros niños	_____	_____	_____
17. Se ausenta de la escuela	_____	_____	_____
18. Las notas en la escuela han bajado	_____	_____	_____
19. No se siente bien con él o ella misma	_____	_____	_____
20. Visita al doctor y no le encuentran nada	_____	_____	_____
21. Tiene problemas con dormir	_____	_____	_____
22. Se preocupa mucho	_____	_____	_____
23. Quiere estar con Ud. mucho y más que antes	_____	_____	_____
24. Se siente que es malo(a)	_____	_____	_____
25. Toma riesgos innecesarios	_____	_____	_____
26. Se hiere frecuentemente	_____	_____	_____
27. Parece estar teniendo menos diversión	_____	_____	_____
28. Actúa como un niño(a) más pequeño de lo que es	_____	_____	_____

- 29. No obedece a la reglas _____
- 30. No revela sus sentimientos _____
- 31. No entiende los sentimientos de otros _____
- 32. Hace bromas pesadas a otros _____

Nunca Algunas Veces Siempre

- 33. Le echa la culpa a otros por sus actos _____
- 34. Agarra las cosas que no son suyas _____
- 35. Se rehúsa a compartir _____

Liste lo que su hijo(a) hace bien:

¿Cuáles son las características más positivas de su hijo(a)?

¿Cómo se lleva su hijo(a) con otros miembros de la familia?

¿Ud. que opina es lo que ha causado problemas con su hijo(a)?

Si tiene comentarios adicionales, por favor mencionarlos aquí.

Gracias por completar este formulario.

DECLARACION DE SEGURO

Favor leer y firmar lo siguiente. Si tiene algunas preguntas acerca de este formulario, favor llamar al (864) 331-1445. Favor regresar este formulario antes de su cita. Gracias.

Comprendo que soy responsable de contactar, antes de la fecha de mi cita, mi compañía de seguros o doctor de cuidado primario para autorización de cualquier visita al Centro del Habla, Audiología y Aprendizaje. Comprendo que soy responsable por todos los gastos no cubiertos por mi compañía de seguros. Estos gastos incluyen, pero no son limitados a los, servicios proveídos que no son cubiertos por mi póliza, balances después del pago de seguro, o falta de obtener autorización antes de mis citas.

Si su seguro cambia entre ahora y el día de su cita, favor notificarnos porque es posible que su nuevo seguro no cubra nuestros servicios.

Para nuestros Servicios de Aprendizaje o Exámenes de Educación, se requiere pago a la hora del servicio. Como cortesía, se someterá su reclamo a su seguro para que le rembolsen.

Firma del Pariente/Guardián

Fecha

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento del paciente