

Celebrations Speech Group Inc.

Speech and Language Therapy

201 Sand Creek Rd Suite G-4 Brentwood, CA 94513 * Ph 925-529-4790 * Fax 925-401-9510
www.celebrationspeechgroup.com

HISTORIA CLÍNICA DEL HABLA DEL NIÑO - INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Responda ambos lados del formulario

Fecha: _____

Nombre de la persona que completa el formulario: _____

Parentesco con el niño: _____

Quien lo refirió a este centro? _____

Razón de su visita: _____

Informacion General

Nombre del niño: _____

Como es llamado usualmente: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Medico (Nombre y dirección): _____

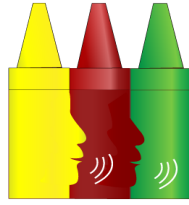
Habla y lenguaje

Describe el problema actual de habla/lenguaje del niño: _____

_____ Edad de sus primeras palabras _____ Edad de sus primeras oraciones

Describe la como es la comunicación actual del niño (marque las que apliquen):

- senala y emite grunidos
- grita
- gestos
- te guía hacia el objeto
- copia lo que tu haces
- copia lo que tu dices
- solo palabras



Celebrations Speech Group Inc.

Speech and Language Therapy

201 Sand Creek Rd Suite G-4 Brentwood, CA 94513 * Ph 925-529-4790 * Fax 925-401-9510
www.celebrationspeechgroup.com

- frases de dos palabras
- frases largas
- habla con poca claridad
- tartamudea
- muy suave
- muy ruidoso
- voz ronca

Indique si algún familiar ha padecido problemas de habla y lenguaje: _____

El niño ha recibido alguna evaluación anterior al día de hoy? de ser su respuesta SI, por favor explique. _____ SI _____ NO

Escuela/Guarderia: _____ Grado: _____

El niño asiste a alguna clase de educación especial? _____ SI _____ NO

El niño ha recibido anteriormente terapia de habla/lenguaje? _____ SI _____ NO

El niño actualmente recibe terapia de habla lenguaje? _____ SI _____ NO

Comentarios adicionales acerca de la escuela : _____

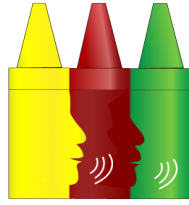
Desarrollo

A qué edad fue la primera vez que realizo las siguientes actividades:

_____ Sentarse por si solo _____ Gatear
_____ Caminar sin ayuda _____ Controlar esfínteres

El niño presenta comportamientos extraños o burdos? _____ SI _____ NO

el niño ha tenido alguna terapia o intervención para el desarrollo motriz? _____ SI _____ NO



Celebrations Speech Group Inc.

Speech and Language Therapy

201 Sand Creek Rd Suite G-4 Brentwood, CA 94513 * Ph 925-529-4790 * Fax 925-401-9510
www.celebrationspeechgroup.com

Historia prenatal/nacimiento

la madre presentó alguna enfermedad, infección o accidente durante el embarazo: _____

La madre estuvo expuesta a alguno de los siguientes incidentes?

- rayos X
- medicamentos
- sarampión
- problemas de alcohol/drogas
- cirugías
- toxemia gestacional
- lesión accidental

Duración del embarazo: _____ Duración del parto: _____

Alguna complicación durante el parto? _____

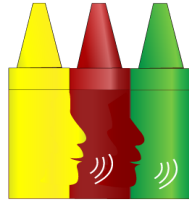
El niño tuvo alguno de lo siguiente durante el nacimiento?

- dificultades respiratorias
- ictericia
- sangrado
- necesidad de oxígeno
- convulsiones
- infecciones
- problemas alimenticios
- problemas para succionar/ingestar

Alguna otra anomalía o condición que no se haya mencionado anteriormente: _____

Medico

Marque las casillas que apliquen



Celebrations Speech Group Inc.

Speech and Language Therapy

201 Sand Creek Rd Suite G-4 Brentwood, CA 94513 * Ph 925-529-4790 * Fax 925-401-9510
www.celebrationspeechgroup.com

- fiebre
- infeccion de oido
- convulsiones
- asma
- resfriados frecuentes
- alergias
- lesiones cefálicas
- otras lesiones
- hospitalizaciones
- enfermedades
- operaciones
- medicaciones
- diagnosticado con ADHD/ADD
- problemas para comer o ingestar
- usa lentes
- problemas auditivos
- utiliza dispositivo auditivo
- problemas de comportamiento

Por favor explique las casillas marcadas: _____

Alguna discapacidad/condición física: _____

El niño está actualmente en alguna medicación? De ser si, cual: _____

Informacion Familiar

Nombre del padre: _____

Edad: _____ Nivel educacional: _____

Nombre de la madre: _____



Celebrations Speech Group Inc.

Speech and Language Therapy

201 Sand Creek Rd Suite G-4 Brentwood, CA 94513 * Ph 925-529-4790 * Fax 925-401-9510
www.celebrationspeechgroup.com

Edad: _____ Nivel educacional: _____

Estado civil: ____ Solteros ____ Casados ____ Divorciados ____ Viudos ____ Separados

Otras personas que vivan en la casa donde vive el niño:

Nombre: _____ Edad: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Parentesco: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Parentesco: _____