

## Historia Confidencial

Padre / Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Formulario completado por: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono mejor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Mejor número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Referido por: \_\_\_\_\_

Podemos enviar una carta de agradecimiento a su fuente de referencia? Si \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ tiene mi permiso para enviar una carta de agradecimiento a mi fuente de referencia indicando que mi hijo ha sido visto para una evaluación. No se divulgará ninguna otra información sin consentimiento por escrito.

Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Miembros de la familia

Nombre del Familiar	Sexo	Edad	Adoptado	Educación / Ocupación	Mano
_____	M / F _____	_____	S / N _____	_____	D / I _____
_____	M / F _____	_____	S / N _____	_____	D / I _____
_____	M / F _____	_____	S / N _____	_____	D / I _____
_____	M / F _____	_____	S / N _____	_____	D / I _____
_____	M / F _____	_____	S / N _____	_____	D / I _____

Estado civil de los padres: Casado: \_\_\_ Separado: \_\_\_ Divorciado: \_\_\_ Otro: \_\_\_

Cuáles son sus preocupaciones para su hijo? Académico: \_\_\_ Personal: \_\_\_ Social: \_\_\_ Comunicación: \_\_\_

## Adaptación Familiar

En casa, cómo describiría el ajuste general de su hijo? Pobre: \_\_\_ Justo: \_\_\_ Bueno: \_\_\_ Excelente: \_\_\_

Cómo se lleva su hijo con cada miembro de la familia?

Padre: \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_

Hermanos \_\_\_\_\_

Ha habido algún evento familiar traumático en el curso del desarrollo del niño?. \_\_\_\_\_

Ha habido movimientos importantes? (Ciudad a ciudad, país a país). \_\_\_\_\_

### Embarazo / Parto (si el niño fue adoptado, pase a la página 3)

Qué tipo de experiencia fue el embarazo tanto para la madre como para el padre?

Padre: \_\_\_\_\_

Madre: \_\_\_\_\_

*Más específicamente:*

*Más específicamente:*

Fue planeado?	S / N	Término completo?	S / N
Hubo complicaciones?	S / N	Duración del trabajo de parto?	_____
Hubo Conmociones?	S / N	Pinzas usadas?	S / N
Hubo Pérdida de un ser querido durante el embarazo?	S / N	Se necesitan unas pinzas fuertes?	S / N
Accidente?	S / N	Posición al nacer? ( ej., nalgas)	S / N
Problemas de salud?	S / N	Nacimiento por cesárea? (razón)	S / N
Confinamiento en la cama?	S / N	_____	_____
Cansancio, fatiga?	S / N	Peso al nacer?	_____
Otro?	S / N	APGAR puntuacion?	S / N
Estaba la madre expuesta al ruido?	S / N	Lloró inmediatamente?	S / N
La madre Fumó ?	S / N	Requirio Tratamiento especial ? (oxígeno, ictericia, etc.)	S / N
La madre consumía alcohol?	S / N	Tuvo el bebé inmediatamente contacto fisico con la mamá?	S / N
Tomó la madre algún medicamento?	S / N	Hubo una unión positive entre la madre y el bebe al nacer?	S / N
La madre Hablo mucho?	S / N	El bebé fue amamantado?	S / N
La madre canto?	S / N	Alguna separacion de la madre y el bebe durante el primer dia de vida?	S / N
Idiomas que habla la madre?	_____	Hubo depresion postparto?	S / N
La madre toco instrumentos Musicales?	S / N		
Previos embarazos complicados	S / N		
¿Idiomas que habla la madre	_____		

Describa su experiencia durante el trabajo de parto y el nacimiento:

---

---

---

### Adopción

Describa las circunstancias que rodearon la adopción:

---

---

Más específicamente:

Edad cuando fue adoptado: \_\_\_\_\_

Hogar de crianza previa: \_\_\_\_\_

Apariencia física: \_\_\_\_\_

Respuesta al nuevo hogar: \_\_\_\_\_

Tiene conocimiento su hijo de la adopción? \_\_\_\_\_

### Infancia

Volviendo a los primeros dos años de la vida de su hijo, ¿qué tipo de bebé fue? (alimentación, durmiendo, actividad)

---

---

<b>Más específicamente:</b>		<b>Comentarios</b>
Amamantado?	S / N	_____
Separaciones extendidas durante primeros dos años? (más de 3 días)	S / N	_____
Problemas específicos de salud durante este periodo?	S / N	_____
Entrenado para baño? Años?	S / N	_____
Se chupa el pulgar? Hasta que edad ?	S / N	_____
Problemas de alimentación o de sueño?	S / N	_____

### Enfermedades / condiciones infantiles

Por favor haga una lista de cualquier alergia:

---

---

Su hijo ha tenido alguna de las siguientes enfermedades infantiles? (marque todo lo que corresponda) .

	Frecuencia		Frecuencia
<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	_____	<input type="checkbox"/> Frecuentes resfriados	_____
<input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza	_____	<input type="checkbox"/> Pérdida de audición	_____
<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos	_____	<input type="checkbox"/> Defecto de nacimiento	_____
<input type="checkbox"/> Trastornos musculares	_____	<input type="checkbox"/> Problemas intestinales	_____
<input type="checkbox"/> Trastorno nervioso	_____	<input type="checkbox"/> Gastroesofágico Reflujo	_____
<input type="checkbox"/> Amigdalitis	_____	<input type="checkbox"/> Cólico	_____
<input type="checkbox"/> Respiración superior	_____	<input type="checkbox"/> Deshidratación	_____
<input type="checkbox"/> Problemas de visión	_____	<input type="checkbox"/> Falta de crecimiento	_____
<input type="checkbox"/> Varicela	_____	<input type="checkbox"/> Problemas de digestión	_____
<input type="checkbox"/> Problemas de Respiración	_____	<input type="checkbox"/> Problemas del sueño	_____
<input type="checkbox"/> Fiebre alta	_____		
<input type="checkbox"/> Meningitis	_____	Reaccion <i>Alta / Bajo</i>	
<input type="checkbox"/> Infecciones del oído / tubos	_____	<input type="checkbox"/> al ruido	Alta / bajo
<input type="checkbox"/> Problemas del adenoide	_____	<input type="checkbox"/> a la ropa	Alta / bajo
<input type="checkbox"/> Frecuentes resfriados	_____	<input type="checkbox"/> para oler	Alta / bajo
<input type="checkbox"/> Faringitis estreptocócica	_____	<input type="checkbox"/> al gusto	Alta / bajo
		<input type="checkbox"/> al movimiento	Alta / bajo

Su hijo ha sido hospitalizado? En caso afirmativo, indique las razones:

---



---

Ha tenido su hijo alguna vez un accidente / lesión grave? En caso afirmativo, indique los accidentes:

---



---

Marque a continuación el ítem que se aplican a su hijo y proporcione detalles.

<input type="checkbox"/> Asma	_____
<input type="checkbox"/> Bronquitis	_____
<input type="checkbox"/> Problemas craneofaciales	_____
<input type="checkbox"/> Problemas de la piel	_____
<input type="checkbox"/> Problemas gastrointestinales	_____
<input type="checkbox"/> Convulsiones	_____
<input type="checkbox"/> Problemas dentales	_____
<input type="checkbox"/> Epilepsia / convulsions	_____
<input type="checkbox"/> Pesadillas	_____
<input type="checkbox"/> Sueño Irregular	_____
<input type="checkbox"/> Estreñimiento	_____
<input type="checkbox"/> Mordiendo las uñas	_____

## Alimentación

Qué profesionales ha visto su hijo para obtener ayuda relacionada con problemas de alimentación?

Gastroenterólogo	_____	Telefono	_____
Otorrinolaringólogo	_____	Telefono	_____
Neumologo	_____	Telefono	_____
Neurologico	_____	Telefono	_____
Quiropráctico	_____	Telefono	_____
Terapeuta Ocupacional	_____	Telefono	_____
Terapeuta del habla	_____	Telefono	_____
Nutricionista	_____	Telefono	_____
Naturopático	_____	Telefono	_____
Otro	_____	Telefono	_____

Qué examen ha tenido su hijo para ayudar a obtener información relacionada con problemas de alimentación?

- |   |       |
|---|-------|
| 1. GI superior; Tragar de bario?          | S / N |
| 2. Broncoscopia?                          | S / N |
| 3. Video fluoroscópico Estudio de tragar? | S / N |
| 4. Otro?                                  | S / N |

Existen otras enfermedades o afecciones médicas que no hayan sido diagnosticadas?

\_\_\_\_\_

Su hijo goza de buena salud en la actualidad? \_\_\_\_\_

Su hijo está tomando algún medicamento recetado actualmente? En caso afirmativo, indique el nombre y la dosis. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cuándo fue el chequeo médico más reciente de su hijo? Fecha y nombre del doctor.

\_\_\_\_\_

Qué métodos de alimentación utiliza para alimentar a su hijo? Por favor, suministre información sobre cuando se iniciaron o detuvieron los métodos de alimentación.

Amamantamiento	S / N	Edad detenida	_____
Alimentación con biberón	S / N	Edad detenida	_____
Cuchara (alimentada por un adulto)	S / N	Edad detenida	_____
Copa (con asistencia)	S / N	Edad detenida	_____
Alimentación con los dedos	S / N	Edad detenida	_____
Alimentación por tubo nasal-gastrico	S / N	Edad detenida	_____
Alimentación por tubo gastrico	S / N	Edad detenida	_____

Commentarios:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Información sobre la hora de la comida para la alimentación oral (responda si su hijo come regularmente por la boca)

Cuántas comidas se ofrecen cada día? \_\_\_\_\_

Cuántos bocadillos se ofrecen cada día? \_\_\_\_\_

Se ofrecen comidas y bocadillos en un horario (a la misma hora cada día)? \_\_\_\_\_

Cómo le hace saber su hijo que tiene hambre?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Su hijo siempre es alimentado en la misma habitación? Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Qué habitación \_\_\_\_\_

Dónde se sienta tu hijo a comer? Silla alta \_\_\_ Silla en la mesa \_\_\_ Otra \_\_\_\_\_

Quién es la persona principal que alimenta a su hijo? \_\_\_\_\_

Quién más está con su hijo cuando está comiendo? \_\_\_\_\_

Cuánto tiempo duran las comidas? \_\_\_\_\_

Cómo le dice su hijo que ha terminado de comer? \_\_\_\_\_

Haga una lista de los alimentos que su hijo **COMERÁ** y **BEBERÁ**, poniendo una estrella junto a las favoritas de su hijo.

Carnes	Verduras	Frutas	Lácteos	Granos	Líquidos

Haga una lista de los alimentos / bebidas que su hijo **RECHAZA**.

Carnes	Verduras	Frutas	Lácteos	Granos	Líquidos

Enumere cualquier alimento / bebida a la que su hijo sea **ALERGICO**.

Carnes	Verduras	Frutas	Lácteos	Granos	Líquidos

Información sobre la hora de la comida para alimentación por sonda (responda si su hijo recibe algún alimento por medio de una sonda).

Qué tipo de tubo tiene su hijo? Tubo Gastrico \_\_\_ Tubo Nasal Gastrico \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Se alimenta por Jeringa o goteo? \_\_\_\_\_

Estimar el porcentaje de nutrición de su hijo que se administra por sonda? 100% \_\_\_ 75% \_\_\_ 50% \_\_\_ 25% \_\_\_

Dónde se encuentra su hijo cuando se dan las alimentaciones por sonda? \_\_\_\_\_

Quién suele dar la alimentación por sonda? \_\_\_\_\_

*Marque los items a continuación que describen los problemas que su hijo tiene con la alimentación.*

*Añada algun comentarios sobre los items relevantes*

<b>Comportamiento durante la Alimentacion</b>		<b>Comentarios</b>
Se niega a la botella	S / N	_____
Se niega al pecho	S / N	_____
Rechaza los alimentos sólidos	S / N	_____
Toma solo una textura	S / N	_____
Come una variedad limitada de comida	S / N	_____
Tos / Obstrucciones durante la alimentación	S / N	_____
Vómitos durante la alimentación	S / N	_____
Vómitos entre la alimentación	S / N	_____
Gags con frecuencia	S / N	_____
Gritos durante la alimentación	S / N	_____
Tiene rabieta durante la alimentación	S / N	_____
Se escapa durante la alimentación	S / N	_____
Lanza / escupe la comida	S / N	_____
Necesita distraerse para comer	S / N	_____
No se queda quieto para comer	S / N	_____
No parece tener hambre	S / N	_____
La cantidad consumida es impredecible	S / N	_____
Parece tener dolor al comer	S / N	_____
Parece tener miedo de comer	S / N	_____
Se despierta frecuentemente en la noche para comer	S / N	_____
Gana peso muy lentamente	S / N	_____

### Desarrollo Motor - Sensorial

Cómo describiría el desarrollo motor de su hijo? Normal \_\_\_ Retrasado \_\_\_ Avanzado \_\_\_

A qué edad hizo su hijo: Gateó \_\_\_ Caminó \_\_\_

Cual es la mano preferida?: Derecha \_\_\_ Izquierda \_\_\_ Mezclada \_\_\_

Su hijo es inusualmente sensible al tacto o hay ropa "áspera"? En caso afirmativo, describa.

---

---

Coordinación general? Pobre \_\_\_ Justo \_\_\_ Bueno \_\_\_ Excelente \_\_\_

Equilibrio general? Pobre \_\_\_ Justo \_\_\_ Bueno \_\_\_ Excelente \_\_\_

Su hijo participa en deportes? Tipo. \_\_\_\_\_

### Desarrollo Visual

Ha experimentado su hijo algún problema con su alcance de la vista o visión?

---

---

Hay algún problema actual del que tenga conocimiento?

---

---

Cuándo fue la última vez que su vision fue probada?

---

---

### Desarrollo auditivo

Pasó su hijo la prueba de audición del recién nacido? Si \_\_\_ No \_\_\_

Ha experimentado su hijo algún problema con su audición? (operaciones, infecciones, tubos)

---

---

Infección en el oído? Raramente \_\_\_ Algunas veces \_\_\_ A menudo \_\_\_  
Leve \_\_\_ Moderado \_\_\_ Grave \_\_\_

Hay problemas de audición actuales de los que tenga conocimiento?

---

---



## Desarrollo del Habla y del Lenguaje

Cómo describiría el desarrollo del habla y lenguaje de su hijo?

Normal \_\_\_ Retrasado \_\_\_ Avanzado \_\_\_

Comenzó su hijo a hablar en palabras sueltas, luego dos, luego una oración O su hijo no habló durante mucho tiempo, luego de repente habló en oraciones completas?

\_\_\_\_\_

Primeras palabras (lista de ejemplos y edad)

\_\_\_\_\_

Describa cualquier problema relacionado con el habla:

\_\_\_\_\_

Ha tenido su hijo alguna de las siguientes evaluaciones?

		Lugar	Fecha
Audio lógico	S / N	_____	_____
Discurso	S / N	_____	_____
Integración Sensorial	S / N	_____	_____
Psicologico	S / N	_____	_____

Ha sido diagnosticado previamente su hijo con un trastorno específico?

\_\_\_\_\_

Ha recibido su hijo educación especial, servicios de intervención temprana o terapia especial?

\_\_\_\_\_

## Perfil de Comunicación Actual

Cuál de las siguientes opciones describe mejor el discurso de su hijo? (marque todo lo que corresponda)

Fácil de entender \_\_\_ Es difícil de entender para otros \_\_\_ Casi nunca se entiende por otros \_\_\_

Tiene su hijo problemas para producir ciertos sonidos? No \_\_\_ Si \_\_\_

En caso afirmativo, ¿cuáles \_\_\_\_\_

Su hijo vacila y / o repite sonidos o palabras? No \_\_\_ Si \_\_\_

Se "atasca" su hijo cuando intenta decir una palabra? No \_\_\_ Si \_\_\_

Qué idiomas habla su hijo? \_\_\_\_\_

Qué idiomas entiende su hijo? \_\_\_\_\_

Cuál es el idioma principal de su hijo? \_\_\_\_\_

Qué idiomas se hablan en tu hogar? \_\_\_\_\_

Cuál es el idioma principal que se habla en casa? \_\_\_\_\_

## Educación

En general, ¿cómo describiría la experiencia / aprendizaje de su hijo en la escuela desde el jardín de infantes hasta el tiempo presente?

---

---

Cómo se adaptó su hijo al primer día (s) en la escuela o preescolar?

Mayormente positivo \_\_\_ Mezclado \_\_\_ Mayormente negativo \_\_\_ N / A \_\_\_ Qué edad tenía él / ella? \_\_\_

Cuánto tiempo asistió su hijo por semana? \_\_\_\_\_

## Comportamiento / Características

Cómo describirías a tu hijo?

---

---

Cuáles son las fortalezas y debilidades de su hijo?

---

---

Cuál es su mayor preocupación con respecto a la comunicación de su hijo?

---

---

Ha habido algún problema de comportamiento específico en el curso del desarrollo de su hijo?

---

---

Qué tipo de intereses y actividades tiene su hijo? (Ejemplo: pasatiempos, deportes, clubes) Por favor listarlos en orden de preferencia a partir de la actividad favorita.

---

---

Cómo describiría la adaptación social de su hijo?

Con amigos de su misma edad? \_\_\_\_\_

Con adultos? \_\_\_\_\_