



**HISTORIAL DE CASO DE TERAPIA PEDIÁTRICA**  
(PEDIATRIC THERAPY CASE HISTORY)

Por favor conteste las siguientes preguntas antes de la evaluación de su niño/a. Esta información se usará para todas las terapias: Pronunciación, Ocupacional y Física. No complete estas hojas blancas si ya lo hizo para una previa evaluación. Por favor avísenos si no puede asistir a la cita para la evaluación. También, por favor avísenos lo más pronto posible si su número telefónico, dirección, o seguro médico han cambiado desde que se programó la cita.

Fecha de la cita(s): \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Apodo del niño: \_\_\_\_\_ Médico que lo refiere: \_\_\_\_\_

Describa el problema o problemas que USTED piensa que tiene su niño/a. Provea ejemplos de sus preocupaciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus metas/expectativas en relación a esta evaluación y/o terapia si fuera ésta recomendada? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Información de Historial de la Familia**

Nombre del cuidador: \_\_\_\_\_ Vive con el niño:  Si  No

Dirección: \_\_\_\_\_ Relación del cuidador: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Mejor número para llamarlo: \_\_\_\_\_

Nombre del cuidador: \_\_\_\_\_ Vive con el niño:  Si  No

Dirección: \_\_\_\_\_ Relación del cuidador: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ Mejor número para llamarlo: \_\_\_\_\_

Escriba cualquier otra persona que vive en la casa, su edad y la relación con su niño/a:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Quién tiene custodia? \_\_\_\_\_

**Historial Prenatal y de Nacimiento**

¿Hubo previos embarazos?  Si  No

Durante este embarazo, ¿experimentó la madre del niño/a alguna enfermedad inusual, condición o accidente? (por ejemplo, Sarampión Alemán, incompatibilidad Rh/sangre, toxemia, diabetes maternal):  Si  No

Si contestó sí, por favor provea la información pertinente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



¿Hubo uso de drogas ilegales o alcohol durante el embarazo?  Si  No Si fue así, por favor explique: \_\_\_\_\_

Duración del embarazo: \_\_\_\_\_ Tipo de Parto:  Cesárea  Vaginal

Peso del niño al nacer: \_\_\_\_\_ Estadía en el hospital después de nacer: \_\_\_\_\_

¿Estuvo el infante en la Sala de Cuidados Intensivos?  Si  No ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Tuvo presente alguna de las siguientes condiciones después de nacer?

Actividad Convulsiva	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Dificultades de Alimentación	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Dificultad al chupar o tragar	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Dificultad de ganar el peso que tenía al nacer	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Necesidad de oxígeno	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

### Historial Médico

Médico de Cabecera: \_\_\_\_\_

Médicos Especialistas: \_\_\_\_\_

¿Salud general de su niño/a?  Excelente  Promedio  Pobre

¿Alergias?  Si  No Si tiene, por favor escríbalas: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna preocupación acerca de la vista o el oído de su niño/a?  Si  No Si contestó sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Dificultades Respiratorias?  Si  No Si contestó sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

Escriba cualquier condición médica con la que han diagnosticado a su niño y la edad que tenía al diagnosticarlo (ej. impedimentos auditivo o visual, parálisis cerebral, condición cardíaca, epilepsia, trastorno de Déficit de Atención, autismo, etc.): \_\_\_\_\_

Escriba cualquier enfermedad que su niño ha tenido, a qué edad ocurrió, y el tratamiento que le dieron (por ejemplo infecciones del oído, de 6 meses a 2 años, antibióticos y tubos en 2/98): \_\_\_\_\_

¿Ha estado su niño hospitalizado alguna vez desde que nació?  Si  No

Si contestó sí, por favor provea las fechas y las razones: \_\_\_\_\_

Escriba cualquier medicamento que su niño/a esté tomando en este momento y porqué (Incluya inyecciones de botox): \_\_\_\_\_

¿Existe historial familiar de alguna de las siguientes condiciones?

Trastorno Genético	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Deficiencia de Cromosomas	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Problemas de Aprendizaje	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Retraso de Pronunciación y Lenguaje	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Patient Label

## Evaluaciones y Terapias Previas

¿Ha tenido su niño/a alguna de las siguientes evaluaciones? ¿Se recomendó tratamiento?

Evaluación de Pronunciación/Lenguaje	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Dónde/Cuándo? _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Evaluación Psicológica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Dónde/Cuándo? _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Evaluación del Oído	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Dónde/Cuándo? _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Evaluación de la Vista	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Dónde/Cuándo? _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Evaluación Neurológica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Dónde/Cuándo? _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Alimentación/Tragar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Dónde/Cuándo? _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Si contestó sí a cualquiera de estas preguntas, por favor provea información acerca de los resultados de la evaluación:

---

¿Ha recibido su niño/a previamente alguna de las siguientes terapias? ¿Continúa?

Logoterapia/Lenguaje	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Dónde/Cuándo? _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Terapia Física	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Dónde/Cuándo? _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Terapia Ocupacional	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Dónde/Cuándo? _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

## Historial/Hitos de Desarrollo Motriz

¿Tolera o toleró su niño estar boca abajo?  Si  No

¿A qué edad hizo su niño/a lo siguiente?:

- ¿Primera vez que levantó la cabeza solo/a? \_\_\_\_\_
- Se dio vuelta: ¿Del abdomen a la espalda? \_\_\_\_\_ ¿De la espalda al abdomen? \_\_\_\_\_
- ¿Se sentó solo/a sin apoyo? \_\_\_\_\_
- ¿Gateó? \_\_\_\_\_ ¿Cómo? (manos y rodillas o en su abdomen) \_\_\_\_\_
- ¿Se empujó hasta ponerse de pie? \_\_\_\_\_
- ¿Caminó sin ayuda? \_\_\_\_\_
- ¿Estuvo completamente entrenado/a a usar la taza del baño? \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño/a alguna limitación física en estos momentos? \_\_\_\_\_

---

Equipo Actual (incluye aparatos de ortodoncia, andador, silla de ruedas, Scooter, sistema de sujeción etc.): \_\_\_\_\_

---

---

## Historial Social, de Comportamiento y Educativo

Su niño/a:

- Si usted trabaja afuera de la casa, ¿lo cuida una niñera?  Si  No
- ¿Va a una guardería?  Si  No Si contestó sí, por favor díganos ¿dónde? \_\_\_\_\_
- ¿Participa en Early Access o su Area Educational Agency local?  Si  No
- ¿Asiste a un Programa de Educación a Temprana Edad (3-5 años) en la escuela?  Si  No
- ¿Va a una escuela preescolar o a la escuela?  Si  No Si es así, ¿dónde? \_\_\_\_\_
- ¿Qué nivel? \_\_\_\_\_

Patient Label

Si su niño tiene edad escolar, él o ella ha:

¿Demostrado alguna dificultad con las tareas?  Si  No Si contestó sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Ha sido matriculado en clases de educación especiales?  Si  No Si contestó sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido algún recurso de ayuda en ciertas áreas?  Si  No Si contestó sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Ha repetido algún nivel?  Si  No

¿Ha participado en algún recurso de la comunidad?  Si  No Si contestó sí, por favor describa: \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño/a alguna dificultad al comer/beber?  Si  No Si contestó sí, por favor describa: \_\_\_\_\_

¿Cómo toma líquidos su niño/a? (lacta, botella, vaso con tapa para beber a sorbitos, vaso abierto, pajilla/popote) \_\_\_\_\_

¿Come su niño/a alimentos sólidos?  Si  No

¿Existe historial de un tubo de alimentación? (tubo NG, tubo G)  Si  No Si contestó sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Duerme bien su niño/a?  Si  No Si no duerme bien, por favor explique: \_\_\_\_\_

Si su niño/a tiene menos de dos años de edad, complete lo siguiente:

¿En qué posición usualmente duerme su niño/a? \_\_\_\_\_

¿Duerme su niño/a en una cuna?  Si  No Si contestó que no, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Qué tan bien juega su niño/a?:

¿Solo/a? \_\_\_\_\_

¿Con otros niños? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son los juguetes y/o entretenimientos favoritos de su niño? \_\_\_\_\_

¿Cómo se comunica su niño/a? (por ejemplo, habla, lenguaje a señas, mecanismo de comunicación, otro) \_\_\_\_\_

¿Se comunica claramente su niño/a?  Si  No Si contestó no, por favor explique: \_\_\_\_\_

### Información Adicional

Por favor añada cualquier información adicional que pueda ser beneficiosa en la evaluación de su niño/a: \_\_\_\_\_

Haga un círculo en uno de los números en la escala del 1 al 10 (siendo 1 lo menos y 10 lo máximo), ¿cómo estima su nivel de preocupación en relación a las dificultades de su niño/a en estos momentos?

(No me preocupa mucho)  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 (Me preocupa mucho)

Persona completando el formulario: \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

