



HISTORIAL DE CASO DE LOGO TERAPIA-LENGUAJE
(SPEECH-LANGUAGE THERAPY CASE HISTORY)

Por favor complete este formulario antes de la Evaluación de Logo-Terapia-Lenguaje de su niño/a.

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

¿Empezó a balbucear? _____

¿Dijo por primera vez palabras con sentido? _____

¿Nombró a la mayoría de las personas y de los objetos? _____

¿Combinó palabras en frases de dos palabras? (Ej. "quiero beber") _____

¿Usó más oraciones completas? (Ej. Quiero jugar pelota) _____

¿Parece que su niño/a entiende lo que se le dice a él/ella? Si No

¿Tiene su niño/a dificultad en seguir instrucciones? Si No

¿Tiene su niño/a en estos momentos dificultad al comer o al tragar (por ejemplo, tose, se atraganta, o le da asco)?

Si No Si contestó sí, por favor explique: _____

Cuando su niño habla, ¿qué porcentaje entiende usted de lo que dice?

Menos de 50%

50 a 75%

75% a 90%

Más de 90%

Otro: _____

¿Cómo comunica actualmente su niño sus deseos y necesidades? _____

¿Quién expresó primero preocupación con las habilidades de pronunciación, lenguaje, auditivas o para tragar de su niño/a? ¿Cuándo? _____

¿Parece su niño/a frustrado con la comunicación? Si No

¿Está su niño consciente de sus dificultades, y si es así, cómo reacciona él/ella al problema? _____

¿Cómo ha tratado usted de ayudar a su niño/a con sus dificultades? _____

Patient Label