



Fecha de Envío \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE HISTORIA CLINICA – Niños – Habla y Lenguaje**

La información proporcionada en este formulario ayudara a planificar y proporcionar los servicios apropiados para el niño. Toda la información será parte del expediente del niño y será confidencial. La información puede ser incluido en el informe a menos que se solicite que se mantenga en privado. Gracias.

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Género: Femenino Masculino Otro

Dirección del cliente: \_\_\_\_\_  
 (Ciudad/Estado/Código Postal)

Nombre de Padre/Guardian(es): \_\_\_\_\_  
 Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Referido a nuestra por: \_\_\_\_\_  
 Contacto en caso de Emergencia:

Nombre	Número de Teléfono	Relación
Nombre	Número de Teléfono	Relación

**SEGURO MEDICO**

El cliente tiene Medicare: \_\_\_ SI \_\_\_ NO  
 El cliente tiene Medicaid: \_\_\_ SI \_\_\_ NO

**Marque el servicio deseado:**  
 Logopedia o Evaluación  
 Habla Idioma Fluidez Voz Otro

Nombre de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Numero de ID: \_\_\_\_\_  
 Afiliación a FSU: \_\_\_ Estudiante (TCC, FAMU, FSU, Otro) \_\_\_ Facultad/Personal/Alumnas/Empleado

**DECLARACION DE EL PROBLEMA**

Razón por la visita:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



¿Ha recibido información de otras fuentes al respecto? (p.ej., su pediatra, otros profesionales, miembros de familia)? Si es así, ¿qué le han informado? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Es esta la primera evaluación con respecto a este problema? ¿Si no, quien más ha visto al niño?  
¿Cuándo fue visto y que le dijeron?

Quien/Que agencia

Cuando fue visto

Cual fue el resultado

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Historial Medico

¿Hubo algún problema con el parto o nacimiento de su hijo(a)?

Si

No

Si su respuesta fue "Sí" por favor explique:

\_\_\_\_\_

Usa el cliente dispositivos auditivos actualmente? (Audífonos, Implante Coclear, etc.)\_\_SI \_\_NO

¿Qué dispositivo usa? \_\_\_\_\_

¿Hay antecedentes de problemas médicos?

Si

No

(Encierre en un círculo los elementos según les corresponda: visión, la audición, uso de las manos, uso de piernas, alergias, convulsiones, infecciones del oído, accidentes, lesiones, cirugías, resfriados, infecciones, amígdalas o adenoides agrandadas, problemas de alimentación, síndromes)

Si marco "Si" o marco cualquiera de los elementos de la lista, por favor explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Esta su hijo tomando medicamentos? Si es así por favor explique cuáles y porque razón: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### DESARROLLO DEL HABLA Y EL LENGUAJE

Edad niño comenzó a balbucear \_\_\_\_\_

Edad niño hablo primeras palabras \_\_\_\_\_

Edad niño hablo oraciones \_\_\_\_\_

Edad niño comenzó a conversar \_\_\_\_\_

¿El discurso del niño es entendido por otras personas?

Si

No

**INVENTARIO DE INTERES**

¿Por favor describa los intereses y actividades favoritas de su hijo?

¿Tiene su hijo algunos temores, miedos (p.ej., a los animales de peluche, los ruidos fuertes)?

**HISTORIA ACADEMICA Y DE INTERVENCION**

Si su hijo acude a una escuela, ¿hay alguna preocupación sobre el rendimiento académico (p. ej., lectura, escritura, materias)? Si    No

Si es así por favor explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Su hijo ha recibido terapia para el habla (Logopedia) anteriormente? Si    No

Si es así, ¿dónde y cuáles fueron los principales objetivos? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Su hijo recibe ayuda especial en la escuela? Si    No

Si es así, por favor explique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Su hijo ha sido evaluado alguna vez por otros profesionales? (p. ej., terapia ocupacional, fisioterapia, etc.)? Si    No

Si es así, ¿Con quién y qué especialidad? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Hay algo más que desee agregar que ayudaría a garantizar una experiencia de evaluación positiva para su hijo?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Puede su hijo caminar sin asistencia? SI NO \_\_\_\_\_

Si su hijo ha recibido ayuda especial en la escuela o de otros profesionales, traiga los informes que tengan a la cita de evaluación de diagnóstico. Adicionalmente, las copias del IEP (Plan de Educación Individualizado) de su hijo de la escuela, si las tiene, también nos serían útiles para cumplir con las necesidades de su hijo.

Muchas gracias por su ayuda y por la información que proporcionó en este formulario de historia clínica. Si tiene algunas preguntas antes de su cita inicial o cita de diagnóstico, comuníquese con la clínica *FSU Speech and Hearing Clinic for Communicaton Disorders* al (850) 644-2238.

Comentarios Adicionales: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_