

## **FORMULARIO DE HISTORIA DEL CASO**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad : \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Código Postal : \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Edad diagnostica: \_\_\_\_\_

Nombre de los padres, ocupación y edad:

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

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

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Maestro : \_\_\_\_\_

Médico del niño: \_\_\_\_\_

Nombre de la práctica: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono del médico: \_\_\_\_\_

Médico Fax: \_\_\_\_\_

Seguro: \_\_\_\_\_ titular de la póliza : \_\_\_\_\_

Número de póliza: Número \_\_\_\_\_ Grupo : \_\_\_\_\_

Áreas de interés: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor escriba a otros niños en la familia:

Nombre:      Edad:      Sexo:      Escuela:      Grado:

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

¿Qué le parece que su hijo está teniendo dificultades con? Por favor, describa lo mejor posible.

\_\_\_\_\_

### **Habla, la audición y Visión Historia**

1. Fue su hijo responde como un niño (Sonríe o llorar adecuadamente)?

a. Si \_\_\_ No \_\_\_

2. ¿Cuándo fue tu primer hijo comienza a utilizar una sola palabra ? \_\_\_\_\_ meses.

a. Frases cortas? \_\_\_\_\_ Meses

b. ¿Su uso de frases niño ahora? Si \_\_\_ No \_\_\_

c. ¿Su hijo tiene dificultades de habla o lenguaje? Si \_\_\_ No \_\_\_

d. En caso afirmativo, sírvase describir brevemente

: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

e. ¿Entiende su hijo instrucciones habladas en el país? Si \_\_\_ No \_\_\_

3. Son las necesidades de su hijo / quiere anticipado antes de que él las expresa?

Si \_\_\_ No \_\_\_

4. ¿A qué hora se fueron primero le preocupa el discurso / problemas de audición de su hijo?

5. ¿Su hijo puede ser entendido (por favor marque lo que corresponda) de los padres ? \_\_\_\_\_ familiares ? \_\_\_\_\_ compañeros ? \_\_\_\_\_.
6. ¿Algún otro miembro de la familia tienen un discurso o un problema de audición? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- a. En caso afirmativo, sírvase describir brevemente  
: \_\_\_\_\_
7. Su hijo ha sido visto por una evaluación del habla / audición o examinado por alguien que no sea un médico? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_. En caso afirmativo, indicar dónde y cuándo:  
\_\_\_\_\_
8. ¿Su hijo ha recibido nunca habla, audición, lenguaje o terapia ocupacional? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
En caso afirmativo, indicar dónde y cuándo: \_\_\_\_\_
9. ¿Su hijo ha sido visto por el médico de los ojos? Si es así cuándo y cuál fue el resultado? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **HISTORIA DEL DESARROLLO**

*(Favor de circular o describir en su caso)*

#### A. Historia de nacimiento:

1. Condiciones durante el embarazo: (salud, shock, atención médica, la enfermedad, la rubéola, otros:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Cualquier antecedente de aborto involuntario: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
3. Embarazo : \_\_\_\_\_ ( meses) Labor \_\_\_\_\_ (horas)
4. Cualquier medicamento durante el embarazo? Sí \_\_\_ No \_\_\_ En caso afirmativo, indique : \_\_\_\_\_
5. Las dificultades en el momento del nacimiento? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, por favor
6. Hizo la entrega necesario el uso de instrumentos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

7. Forma de entrega: los pies first\_\_\_\_ cabeza first\_\_\_\_ podálica (primero las caderas )\_\_\_\_ Caesarean\_\_\_\_
8. ¿Hubo alguna lesión? Sí\_\_\_ No\_\_\_ En caso afirmativo, por favor
  
9. Las condiciones del bebé al nacer: Blue\_\_\_ Breathing\_\_\_ Convulsions\_\_\_\_  
Otros hechos : \_\_\_\_\_

**B. Niño:**

1. Edad sáb meses alone\_\_\_\_\_.
2. Edad caminó meses alone\_\_\_\_\_.
3. El control de esfínteres comenzó \_\_\_\_\_ meses.
4. Niño ir al baño trained\_\_\_\_\_.
5. ¿Tiene el niño duerma bien por la noche? Sí\_\_\_ No\_\_\_ En caso negativo, explicar : \_\_\_\_\_
6. Es un niño muy activo? No\_\_\_ muy tranquila? Si\_\_\_ No\_\_\_
7. ¿El niño jugaba muy bien con los demás? Si\_\_\_ No\_\_\_
8. Coordinación: Good\_\_\_ Clumsy\_\_\_\_\_
9. Dificultad para alimentarse? Si\_\_\_ No\_\_\_
10. Problemas en los ojos? Si\_\_\_ No\_\_\_
11. Alguna enfermedad grave? Sí\_\_\_ No\_\_\_ En caso afirmativo, explique : \_\_\_\_\_
12. Historia de fiebre alta? Si\_\_\_ No\_\_\_
13. Antecedentes de convulsiones? Si\_\_\_ No\_\_\_
14. Algún problema de salud? Si\_\_\_ No\_\_\_
15. Cualquier tipo de cirugía? Si\_\_\_ No\_\_\_
16. Tiene amígdalas y las adenoides ha quitado? Si\_\_\_ No\_\_\_
17. ¿Su niño tiene resfriados frecuentes, dolor de garganta o dolores de oído? Si\_\_\_ No\_\_\_
18. ¿Su hijo tiene alergias? Sí\_\_\_ No\_\_\_ En caso afirmativo, por favor lista: \_\_\_\_\_
19. ¿Está su hijo tomando medicamentos? En caso afirmativo, por favor lista: \_\_\_\_\_


 Breakthrough Therapy Services

**12545 Orange Drive**  
**Suite 502**  
**Davie, Florida 33330**

**954-474 -8048 (o)**  
**954 -474-8145 (f)**

Estimados padres de familia,

Alimentos / trata a menudo se utilizan como refuerzo positivo para la realización de actividades. Debido a la gran cantidad de dietas individualizadas / especializados y las alergias no vamos a proporcionar alimentos o golosinas del

centro. Si a usted le gustaría trabajar en los objetivos de la alimentación o si desea que utilicemos trata como un refuerzo positivo le pedimos que nos proporcione a su hijo con su / sus propios alimentos. Comida que se trae en la etiqueta y se mantuvo en el centro de terapia para su hijo único.

\* En ocasiones especiales, vamos a tener comida disponible para los niños. Por favor escriba alergias de su hijo y las dietas a continuación.

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Mi hijo es alérgico a: \_\_\_\_\_

Mi hijo está en el libre de gluten (GF/CF): Sí\_\_\_ / No\_\_\_.

Gracias por su cooperación,

Servicios de Terapia de avance