



LA CLÍNICA GRUNEWALD-BLITZ PARA TRASTORNOS DE COMUNICACIÓN DE NIÑOS

Historial médico del niño

(Patología del habla y lenguaje)

Por favor mande la forma completada a la dirección o el número de fax de arriba, o mándela por correo electrónico a la dirección SLHSClinic@email.arizona.edu.

Nombre: Fecha de nacimiento: Fecha de hoy:

Edad: Género: Pronombres:

Dirección:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Nombre de Padre/Madre 1: Nombre de Padre/Madre 2:

Número de teléfono: Número de teléfono:

Correo electrónico: Correo electrónico:

Referido por: Médico del niño:
Número del médico:

<p>Sobre su familia:</p> <p><input type="checkbox"/> Dos padres</p> <p><input type="checkbox"/> Padre soltero/Madre soltera</p> <p><input type="checkbox"/> Guardián legal</p> <p>Edades de hermanos/hermanas:</p>	<p>Lenguaje:</p> <p>Idioma(s) usado(s) en el hogar:</p> <p>Idioma(s) que habla su niño:</p> <p>Idioma(s) que entiende su niño:</p>
--	--

Cuando hablan con su niño, ¿cuál idioma usan las siguientes personas?

	Inglés	Español	Los dos
Madre			
Padre			
Hermanos			
Otros familiares (abuelos, tíos, primos, etc)			
Amigos			
Maestros			

¿Cuál idioma prefiere hablar su niño?

Inglés	Español	Los dos igualmente
--------	---------	--------------------

¿Qué información quiere saber de nosotros?

Escuela:

Grado:

Mi niño tiene: (marque todos los que corresponden):

IEP o IFSP

Dificultades en la escuela

Ha repetido un nivel de grado

Otro:

Plan de 504

Mi niño recibe las siguientes terapias fuera de la escuela (marque todos los que corresponden):

Terapia ocupacional

Terapia de comportamiento

Terapia física

Consejería

Otro:

Describe cualquier complicación que haya ocurrido durante el embarazo:

Describa cualquier complicación que haya ocurrido al momento de nacimiento o después:

Describa cualquier enfermedad seria, accidente o cirugía que su niño haya tenido:

¿Alguien más en su familia ha tenido problemas del habla, lenguaje o audición?

Describa cómo se comunica su niño (sonidos, palabras, oraciones, etc.):

¿Cuándo fue la última vez que se evaluó la audición de su niño?

¿Resultados disponibles? Sí No Comentarios

sobre la audición de su niño:

Enumere cualquier alergia alimentaria o restricciones alimentarias:	Enumere todos los medicamentos que toma su niño:
Las fortalezas de mi niño	Lo que necesita mi niño

Proporcione cualquier otra información que crea que nos ayudará a comprender a su niño.

Firma de la persona que respondió a las preguntas

Relacion con el niño