



Historial De Rehabilitación Pediátrica

Nombre De Paciente: _____ Fecha: _____

¿Cuáles servicios está buscando?

Terapia Ocupacional Terapia Física Terapia de Lenguaje/Habla Terapia de Alimentación

Fecha De Nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino

Paciente: Idioma Principal: _____ Idioma preferida: _____

Nombre Del Cuidador 1: _____ Edad: _____ Ocupación: _____

Nombre Del Cuidador 2: _____ Edad: _____ Ocupación: _____

Cuidador 1: Idioma preferida: _____ Cuidador 2 Idioma preferida: _____

Dirección: _____

*Marque el teléfono que sea su principal número de contacto. * Teléfono de casa: _____

Teléfono celular (Cuidador 1): _____ Teléfono Celular (Cuidador 2): _____

Nombre de quien llena este formulario: _____

Indique nombres y edad de otros hijos en la familia: _____

Nombre y relaciones de otros adultos en la casa: _____

¿Ha recibido alguien en su familiar educación especial, terapias, servicios, o terapia de habla? _____

Médico de atención primaria: _____ Médicos especialistas: _____

Servicios/apoyo/ambiente educacional actual: Sírvase citarlos: _____

Historial Médico: Cite los diagnósticos actuales y la fecha de diagnóstico: _____

Indique todos los medicamentos que su hijo(a) toma en la actualidad: _____

¿Algún tipo de alergias? Si No Se la respuesta es afirmativa, regístrela(s): _____

Historial del parto: Duración del embarazo: _____ Duración del trabajo de parto: _____

Tipo de parto: Cesárea Vaginal Peso de nacer: _____ Estatura al nacer: _____

Cite si hubo alguna complicación: _____

Si hijo(a) necesito algo de lo siguiente: UCIN: Si No Servicio de enfermería especial: Si No

Oxígeno: Si No Incubadora: Si No Otro: _____

Indique a que edad su hijo(a) fue capaz de hacer lo siguiente:

Mantener la cabeza en alto: _____ Sentarse sin ayuda: _____ Darse la vuelta: _____ Gatear: _____

Parase solo(a): _____ Camina de forma independiente: _____ Dejo los pañales: _____

¿Se le ha realizado a su hijo(a) una evaluación auditiva? ¿Si No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuáles fueron los resultados? _____

¿Se le ha realizado a su hijo(a) una evaluación visual? Si No

Si la respuesta es afirmativa, cuáles fueron los resultados _____

¿Ha recibido alguno de los siguientes? Terapia física Terapia ocupacional Terapia de lenguaje/habla

Intervención temprana Atención domiciliaria Terapia de alimentación

¿Si la respuesta es afirmativa, para qué? _____ Cuando? _____ Donde? _____



Historial De Rehabilitación Pediátrica

Haremos nuestro mejor esfuerzo para trabajar de acuerdo con su disponibilidad de tiempo y la de su hijo(a). Sin embargo, le solicitamos sea flexible para programar un horario fijo para la terapia.

Especifique su disponibilidad para las sesiones de terapia: _____

¿Cuál es su ubicación preferida para terapia: _____

- Bethlehem – SLN Allentown – Tilghman Whitehall – Cindy Miles
 Center Valley Nesquehoning Phillipsburg – Hillcrest Kresgeville

¿Como se enteró de nuestros servicios? _____

Terapia ocupacional: Si está en busca de terapia ocupacional para su hijo(a), por favor complete esta sección

¿Cuáles son sus preocupaciones principales para una evaluación de terapia ocupacional? _____

Habilidades de juego: Con que le gusta jugar a su hijo(a)? _____

¿Con que le disgusta jugar a su hijo(a)? _____

Describe la atención que su hijo(a) le presta: _____

¿Como pasa su hijo(a) el tiempo no estructurado? _____

Describe la conducta social de su hijo(a) hacia otras personas: _____

Autoayuda: Su hijo(a) ha usado utensilios para alimentarse? Si No

Si la respuesta es afirmativa, necesita ayuda para lograr el objetivo? Si No

Explique: _____

¿Su hijo(a) ha usado una taza sin ayuda? Si No

¿Cuánta ayuda necesita para vestirse solo(a)? _____

¿Puede su hijo(a) abotonarse, subir cierras, abrocharse? Si No

Sensorial: Tiene alguna preocupación con el procesamiento sensorial de su hijo(a)? _____

Terapia física: Si está en busca de terapia física para su hijo(a), por favor complete esta sección.

¿Cuáles son sus problemas mas importantes que hacen necesaria una evaluación para la terapia física? _____

Alguna vez su hijo(a) ha usado a aun usa rodillera, codera, ¿o algún producto ortopédico? _____

¿Alguna vez su hijo(a) ha usado a aun usa algún aparato de asistencia? _____

¿Su hijo(a) ha visitado algún medico ortopedista? Si No

¿Si la respuesta es afirmativa, a quién? _____ Cuando? _____ Por qué? _____

¿Ha tenido su hijo(a) algunas imágenes médicas?

(es decir., topográfica computarizada, MRI, X-ray, Ultrasonido)? _____



Historial De Rehabilitación Pediátrica

Terapia del habla: Si está en busca de terapia del lenguaje y de habla para su hijo(a), por favor complete esta sección:

¿Cuáles son sus problemas más importantes que hacen necesaria una evaluación para la terapia del lenguaje y del habla? _____

Audición: ¿Se le ha realizado a su hijo(a) una evaluación auditiva? ¿Si No

Si la respuesta es afirmativa, _____

¿Su hijo(a) responde a sonidos suaves o moderados? Si No

¿Su hijo(a) parece escuchar las voces de las personas? Si No

¿Su hijo(a) sigue instrucciones de acuerdo con su edad? Si No

¿A su hijo(a) le gusta escuchar cuentos infantiles? Si No

Habla y Lenguaje: Habla y Lenguaje: Indique la edad en que la comenzó además de un ejemplo para las siguientes categorías:

Baluceo: Edad: _____ Ejemplo: _____

Primeras palabras: Edad: _____ Ejemplo: _____

Junta 2 palabras: Edad: _____ Ejemplo: _____

Junta 3-4 palabras: Edad: _____ Ejemplo: _____

Oraciones: Edad: _____ Ejemplo: _____

¿El Desarrollo del habla se ha visto interrumpido o ha retrocedido? Si No

Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

¿Cuándo se notó por primera vez el problema del habla/lenguaje? _____

¿Ocurrió después de una enfermedad, accidente, o alguna circunstancia inusual? _____

¿La familia comprende el lenguaje de su hijo(a)? Si No ¿Gente ajenas al circula familiar? Si No

Firma del cuidador: _____ Fecha: _____