

LSU Health Sciences Center
Speech-Language-Hearing Clinic * Department of Communication Disorders * School of Allied Health
Professions * 1900 Gravier Street 9th Floor *
New Orleans, La 70112

Historia del nino

Dia: _____

Nombre de Nino _____ Sexo _____

Direccion _____

City/State _____ Zip Code _____

Padres numero de tel. _____ Trabajo _____ Cell _____

Dia de Nacimiento _____ edad _____

Medicare/Medicaid No. _____

Refererido por _____ Direccion _____

Persona Responsable financiera

Nombre _____ Relation al nino _____

Direccion _____

Empleo

Ocupacion _____

Seguro Medico

Nombre _____ #Telephono _____

Contrato No: _____ Grupo No: _____

Nombre _____ Grupo No: _____

Nombre _____ Grupo _____

No: _____

INFORMACION DE FAMILIA

Nombre de Padre _____

Dia de Nacimiento _____

Lugar De Nacimiento _____

Grado mas alto de Escuela _____

Ocupacion y lugar de empleo _____

Nonbre de Madre _____

Dia De Nacimiento _____

Lugar De Nacimiento _____ Grado De Escuela Terminado _____

Ocupacion y lugar de empleo _____

Lista de Embarazos en orden (incluye paciente y aborto involuntario)

Nombre _____ Sexo _____ Edad _____ Grado en Escuela _____ Problemas _____

Si necesario, use una hoja adicional para nombre de niños

Historia de Nacimiento

Especifique si la madre tuvo algún de estos problemas

Sangre hinchazón	Presión alta	Presión baja	convulsiones	toxemia	
x-rays	Fumar	excesivo peso	excessiv weight loss	diabetes	tomo alcohol
asthma	operaciones	condition de corazón	condition de tiroides	rubeola	accidente
kidney disease	substance abuse				

Embarazo fue normal? _____ Alguna enfermedad durante embarazo? _____

Especifique _____

Lista de medicaciones durante embarazo _____

Dieta durante embarazo _____

El parto fue antes del día? _____ Temprano or tarde? _____

Cuanto tiempo fue el parto? _____ Medicinas en el parto? _____

Clase de parto _____ Cual fue el peso? _____

Como fue el parto _____ cabeza primero _____ pies primero? El niño se puso _____ amarillo _____ azul

El niño salió dormido? _____

Tuvo el niño problemas comiendo? _____

Tuvo niño problemas al nacer? _____

Historia Médica

Que clase de enfermedad o accidentes a tenido el niño? _____

Does your child have any handicaps? _____ If yes, describe _____

Indicate the illness the patient has had and the age at the time he/she had them. Circle all that apply

_____ sarampión	_____ neumonía	_____ Clumsiness or weakness
_____ Alta fiebre	_____ Chicken pox	_____ gripe
_____ Meningitis	_____ Alergias	_____ dificultad al hablar
_____ amigdalitis	_____ dificultad oiendo	_____ orina en la cama
_____ paperas	_____ Asma	_____ Vomitando y dolor de cabeza
_____ Dolor de oído	_____ Convulsiones	
_____ Otros	_____ Cuantos	ultimo problema _____

Describe estos problemas médicos _____

Que medicinas está tomando el niño? _____

A tenido operaciones el niño? _____ Donde? _____

Ha tenido el niño un electrocardiograma(Brain wave test)? _____ Cuando? _____

Donde? _____

Resultados _____

Tine el nino Buena salud? _____ Tiene el nino problemas para ver? _____

Describe _____

Othos problemas en la familia _____

Historia de Desarrollo (Etapa uno cuando el nino primero:)

Sento solo _____	Comio cuchara _____	Entreno para usa el servicio dia _____	Uso triciclo _____
Camino solo _____	cubierto _____	noche _____	uso bic _____

Historia de Habla, Lenguaje y audiencia

Liste algunos problemas de oir en la familia _____

Cual es el problama mayor o dianosis de su hijo? _____

Que se ya hecho al respecto? _____

Que es lo lo que usted espera de esta visitas? _____

Que preguntas le gustaria que se le respondiera en esta visita? _____

Durante el primer ano su hijo hizo algunos sonidos mas que el de llorar? _____

A que edad su hijo empezo a hablar? _____ Cuales fueron? _____

Su hijo empozo a hablar mas palabras cuando empezo a hablar? _____

A que edad su hijo empezo a hablar? _____ A que edad suhijo podria nombrar cosas? _____

A que edad empezo a combinar palabras en oraciones, "yo tomo" or "yo cortar"? _____

A que edad su hijo empezo hablar en oraciones cortas? _____

En algun periodo su hijo deajo de aprender a hablar? _____ Describe _____

Que esfuerzos se han hecho para que el nino hable mejor? _____

A habido algun cambio en los ultimos 6 meses?

Describe el cambio _____

Su vocabulario ha sido mayor que haora? _____

A habido algun cambio en su oir en los ultimos 6 meses? _____

Describe el cambio _____

A tenido dolor de oidos? _____

Su escuchar es mejor unos dias que otros? _____

Como se comunica con usted? _____

Educacion

Nombre de escuela presente _____ Direccion _____

Escula que atendio antes:

Edad que empezo _____ Grado _____ grado ahora _____ Profesora (s) _____

Rendimiento en la escuela: ___ bueno ___ medio ___ bajo

Usted alguna vez habia aplicado para servicios? _____ Usted recibiendo algun servicio ahora?

Cuando ? _____ Donde? _____

Comentarios _____

Social

Quien vive en la casa con el nino? _____

Describe si su hijo tiene temores raros? _____

Como describira usted a su hijo (circule): Lider Sequidor Activo Nervioso

Juega bien con otros Juega solo Timido Agressivo

Describe problemas de conducta _____

Es su hijo ___ Zurdo ___ Ma noderecha ___ No preferencia de mano

Otra Information

(De una lista de doctores o agencies que su hijo a visto)

Doctores	Direccion	dia de ultima visita
----------	-----------	----------------------

Por favor denos alguna informacion que nos pueda ayudar. _____

Nombre de persona llenando esta forma _____

Relacion al nino _____