

**Lucile Packard Children's Hospital**  
**Departamento de Servicios de Rehabilitación**  
**Servicios de Patología del habla y lenguaje**

**Historial de caso clínico**

**IDENTIFICACIÓN**

Nombre del niño \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código postal \_\_\_\_\_

Nombre del padre(s) o tutor \_\_\_\_\_

Información de contacto (por favor incluya el código de área)

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Número del celular \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES**

Describa, a su parecer, las dificultades que tiene su niño con el habla y el lenguaje:

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

¿Es adoptado el niño? Sí No (Marque uno)

En caso que sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

Otros niños en la familia:

Nombre	Edad	Estado escolar	Parentesco con el niño que atendemos
--------	------	----------------	--------------------------------------


¿Quiénes son las personas que cuidan al niño durante el día? (marque las que apliquen)

Padre

Niñera

Programa de guardería

Miembro de la familia

Canguro

Otro (especifique)

¿Ha tenido alguien en la familia...?:

	Sí	No	De ser así, por favor describa.
Problemas del habla			
Problemas con el lenguaje			
Inicio tardío de habla y lenguaje			
Problemas de aprendizaje			
Problemas de conducta			
Convulsiones			
Enfermedad crónica de cualquier tipo			

¿Ha recibido alguna vez ayuda especial su niño de un...?:

	Sí	No	De ser así, por favor describa.
Psicólogo			

Patólogo de habla y lenguaje			
Audiólogo			
Instructor especial			
Especialista médico (neurólogo, ortopedista, otorrinolaringólogo (ENT), etc.)			

### ANTECEDENTES DE EMBARAZO, NATALES Y DE DESARROLLO

#### **Embarazo**

Durante el embarazo de este niño, ¿tuvo usted...?:

	Sí	No	No sé	De ser así, por favor describa.
Anemia				
Sangrado				
Incompatibilidad sanguínea				
Drogadicción o alcoholismo				
Diabetes				
Enfermedades				
Lesiones				
Que tomar medicamentos				
Fumar				
Toxemia				
Rayos X				
Cualquier cosa que se considere inusual durante el embarazo				

#### **Parto**

¿Nació prematuramente el niño? Sí No (marque uno)

De ser así, ¿cuántas semanas? \_\_\_\_\_

El parto fue:            Normal            Cesárea            de Nalgas            (marque uno)

¿Hubo alguna complicación durante el parto?    Sí    No    (marque uno)

De ser así, por favor describa: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Durante el primer mes, ¿estuvo o tuvo su niño...?:

	Sí	No	De ser así, ¿por cuánto tiempo?
Cianosis (azul)			
Ictericia			
En incubadora			
dificultad para chupar o tragar			
otro (por favor, especifique)			

### Logros del desarrollo

¿A qué edad ocurrió los siguientes eventos?:

se sentó solo \_\_\_\_\_

gateó \_\_\_\_\_

se paró solo \_\_\_\_\_

caminó solo \_\_\_\_\_

¿Tiene usted alguna inquietud por la habilidad de su niño para masticar o tragarse la comida o los líquidos?

Sí            No (marque uno)

En caso que sí, por favor describa: \_\_\_\_\_

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

¿Ha notado usted algún patrón de comer inusual en su niño?

¿Durante la infancia?    Sí    No (favor de marcar uno)

¿Actualmente?            Sí    No (favor de marcar uno)

De ser así, por favor describa: (ej. preferencias específicas por ciertos alimentos, problemas para masticar o tragar) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

¿Había algo que le preocupaba en el crecimiento físico o mental de su niño durante sus primeros 18 meses de vida?      Sí    No (favor de marcar uno)

De ser así, por favor describa: \_\_\_\_\_

---

---

---

### Desarrollo del habla y lenguaje

¿Cuál fue la primera palabra que dijo su niño?

¿Cuántos años tenía? \_\_\_\_\_

### Antecedentes médicos

¿Recibe actualmente algún tratamiento o toma algún medicamento el niño?

Sí    No (marque uno)

Por favor anote los medicamentos que toma y por qué los toma.: \_\_\_\_\_

---

---

¿Tiene su niño actualmente (o tuvo su niño anteriormente) cualquiera de los siguientes ?:

Condición	Sí	No	Edad	Describa
Defecto visual				
Anteojos				
Paladar hendido				
Audífono				
Infecciones de oído				
Defecto de la lengua, mandíbula, los dientes o labios				
Fractura craneal				
Conmoción cerebral				
Alergias				
Problemas				

emocionales o de conducta				
Sarampión				
Varicela				
Paperas				
Encefalitis				
Meningitis				
Neumonía				
Impétigo				
Convulsiones				
Otro (que no figura arriba)				

### **HABILIDADES ACTUALES DE COMUNICACIÓN**

Sírvase calificar las habilidades actuales de comunicación de su niño en las cuatro áreas que siguen: (Favor de marcar la frase que mejor describa a su niño en cada una de las cuatro áreas).

#### 1. Comprensión

- a. responde solamente a los gestos
- b. responde a mandatos verbales simples y sencillos
- c. responde a mandatos verbales complejos
- d. puede seguir las conversaciones en lugares ruidosos

#### 2. Expresión

- a. se comunica principalmente apuntando y con gestos
- b. se comunica con palabras o frases sueltas
- c. conversa con oraciones simples
- d. conversa a nivel abstracto o complejo

#### 3. Habla

- a. sólo le entienden los padres, la familia y otras personas conocidas
- b. todos le entienden

#### 4. Fluidez

- a. normal
- b. repite o prolonga los sonidos, las palabras o las frases individuales
- c. problemas para enunciar las palabras

### **ANTECEDENTES EDUCACIONALES**

Anote las escuelas a las que ha asistido, incluyendo programas preescolares:

Nombre de la escuela	Lugar	Fechas de asistencia y
----------------------	-------	------------------------

		nivel de escolaridad alcanzado

Nombre de la escuela o programa actual \_\_\_\_\_

Nombre del distrito escolar actual \_\_\_\_\_

Año escolar actual: (marque uno)

Preescolar

Kinder

1 2 3 4 5 6 7 8

Preparatoria

**RESUMEN**

Favor de anotar cualquier inquietud adicional que tenga que no se haya mencionado arriba, incluyendo lo que usted quisiera ver específicamente tratado durante la evaluación.

---



---



---



---

Nombre de la persona que completa este formulario \_\_\_\_\_

Parentesco con el niño \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Gracias por tomarse el tiempo para completar este formulario. Es una parte importante del proceso de evaluación y nos ayuda a proveer la evaluación apropiada para su niño.

Last Updated 01/20/11