



PARA USO EN LA OFFICINA:
 Alergias: _____
 Pago Automático: Si No

19100 W. Lake Houston Pkwy., Suite #104 • Humble, Texas 77346
 Tel: (281) 812-9519 • Fax: (281) 812-5719 • Correo Electrónico: Info@AchieveSLS.com

Información Personal

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Primer SN Apellido

Sobrenombre: _____ Sexo: Hombre Mujer

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado/CP

Padre/Tutor legal: _____ **Padre/Tutor legal:** _____

Teléfono #: _____ Teléfono #: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Empleador: _____ Empleador: _____

Ocupación: _____ Ocupación: _____

Correo Electrónico: _____

Si la dirección del Padre/Tutor legal es diferente de la dirección del niño, por favor complete lo siguiente:

Relación: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado/CP

Miembros adicionales en el hogar:

Nombre: _____ Edad: _____ Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Nombre: _____ Edad: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Nombre: _____ Edad: _____

¿Hay un idioma aparte de Español que se habla en el hogar? Sí No

Si sí, ¿cual? _____

¿Cual idioma se habla más frecuentemente en casa? _____ ¿En la escuela? _____

Información de habilidades de Comunicación

¿Qué preocupaciones tienes con respecto al desarrollo del habla y/o lenguaje de su hijo/a?

- Entendiendo direcciones
- gramática
- pronunciando palabras
- tartamudeo
- usando palabras incorrectas
- historia familiar de problemas de habla y lenguaje
- vocabulario

¿Cuándo se iniciaron los síntomas? _____

Información adicional o preocupaciones: _____

¿Cuáles serían sus metas para el habla y el lenguaje de su hijo/a? _____

HISTORIAL MEDICO

¿Hubo alguna complicación?: (Si sí, por favor describe)

...durante el embarazo/parto? No Sí: _____

¿ Cuantas semanas duro el embarazo?

...con el desarrollo de habilidades motrices gruesas/finas? (ej.: *sentarse solo sin soporte, arrastrarse/gatear solo, caminar solo, comer independientemente*) No Sí: _____

... con las habilidades de alimentación del pecho/de la botella o transición a los alimentos sólidos?

No Sí: _____

¿Tiene su hijo/a alguna alergia? (látex, comida, estacional, medicina)? No Sí: _____

¿Su hijo/a ha sido diagnosticado con cualquiera de los siguientes? Marque todos los que apliquen

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADD / ADHD | <input type="checkbox"/> Epilepsia/ Convulsiones | <input type="checkbox"/> Enfermedad grave |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Lesión de cabeza | <input type="checkbox"/> Lengua / Labio corbata |
| <input type="checkbox"/> Dificultades Respiratorias | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza / Desmayos | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía / Adenoidectomía |
| <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy | <input type="checkbox"/> Déficit auditivo | <input type="checkbox"/> Debajo del peso apropiado |
| <input type="checkbox"/> Procedimientos Dentales | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Deficiencia de la visión |
| <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo | <input type="checkbox"/> Hospitalización / NICU | <input type="checkbox"/> Operación / Cirugía |
| <input type="checkbox"/> Infección del oído/ Tubos | <input type="checkbox"/> Temblores/ Movimientos anormales | |
| ¿con qué frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Accidente grave | |
| ¿cuando? _____ | | |

Otras heridas/cirugías o información adicional?:

¿Ha tenido so hijo/a una evaluación de audición o tienes preocupaciones?

No Sí: Donde/Fecha _____ resultado: Normal Anormal: _____

¿Ha tenido su hijo/a una evaluación de vision o tienes preocupaciones?

No Sí: Donde/Fecha _____ resultado: Normal Anormal: _____

¿Está su hijo actualmente tomando algún medicamento? No Sí:

| Nombre de la Medicina | Razón | Fecha de Inicio | Efectos Secundarios |
|-----------------------|-------|-----------------|---------------------|
|-----------------------|-------|-----------------|---------------------|

¿Ha tenido su hijo/a evaluaciones o terapias previamente? (ie: educativo, psicológico, físico, ocupacional)

No Sí:

Tipo:

Duración/Frecuencia:

Fechas:

HISTORIAL SOCIAL

¿Ha habido cambios significativos en el ambiente del niño que usted cree que son importantes? (ie: enfermedad de la familia, nacimiento del hermano, muerte, divorcio, mudar, etc.)

¿Existen problemas de comportamiento significativos? (ie: agresión, mala atención, comportamientos repetitivos)?

Si sí, por favor explique: _____

¿Su hijo/a se lleva bien con:

Padres? Sí No

Compañeros? Sí No

Hermanos? Sí No

Otros Adultos? Sí No

¿Qué actividades le gusta hacer su hijo/a? (ie. jugando afuera, deportes, viendo televisión, leyendo libros)

INFORMACION EDUCATIVA

Nombre de la Escuela/ Programa: _____ Grado/Clase _____

Frecuencia a la que asiste su hijo: _____ Programas Especiales: _____

¿Esta su hijo/a en la programa de educación especial? Sí No

Si sí, por favor marque: PPCD, STEPS, applied/LIFE skills, resource, ST, otro _____

¿Tiene su hijo/a un IEP o 504? Sí No

¿Tiene alguna preocupación con el aprendizaje de su hijo/a? Sí No

Si sí, por favor explique: _____

COMENTARIOS ADICIONALES
