



Speech, Language and Educational Associates

**FORMULARIO HISTORIAL DEL CLIENTE**  
**Edades 0-3**

16500 Ventura Blvd. #414  
Encino, CA 91436

5901 Green Valley Circle, #130  
Culver City, CA 90230

5300 Santa Monica Boulevard, #312  
Los Angeles, CA 90029

**(818) 788-1003**

**(fax) 818 788-1135**

**[www.speechassociates.com](http://www.speechassociates.com)**

Los datos entregados en este formulario nos ayudara a planear y dar los servicios adecuados al cliente. Toda la informacion formara parte del archive del cliente y mantendremos los datos confidenciales. Se puede incluir información en el reporte al menos que se haya pedido que se mantenga privado. Gracias por su ayuda.

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
(calle y número) (ciudad) (código postal)

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombres y Edades de sus hermanos: \_\_\_\_\_

Médico del Niño/a: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del Médico: \_\_\_\_\_

¿Quien lo refirio aqui?: \_\_\_\_\_

## EL PROBLEMA

Descripción del problema(s): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuando se notó el problema por primera vez? \_\_\_\_\_

¿Qué es lo que se hizo? *(favor de notar los exámenes que ya se han hecho, adjunte copias de los reportes y firme la divulgación de información)*

\_\_\_\_\_

¿Cuáles son las cosas que su hijo/a hace bien?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué es lo que usted desea conseguir con esta evaluación? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## HISTORIAL DE NACIMIENTO

¿Cuándo empezo el cuidado prenatal?: \_\_\_\_\_

Período de gestación: \_\_\_\_\_

Enfermedades específicas: \_\_\_\_\_

Accidentes o lesiones: \_\_\_\_\_

Medicina que se tomó durante el embarazo: \_\_\_\_\_

*Parto:* a. Duración del parto: \_\_\_\_\_ b. Cesárea: \_\_\_\_\_

c. Nacio de nalgas: \_\_\_\_\_ Otra información: \_\_\_\_\_

*Complicaciones del parto antes, durante o después:* a. Infección: \_\_\_\_\_

b. Hemorragia: \_\_\_\_\_ c. Cordón alrededor del cuello: \_\_\_\_\_

d. Peso al nacer: \_\_\_\_\_ Otros datos: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL DE DESARROLLO

**Neonatal:** ( los primeros 30 días de vida):

- |    |                            |        |        |
|----|----------------------------|--------|--------|
| A. | Cianosis (azulejo)         | Sí ___ | No ___ |
| B. | Requirió oxígeno           | Sí ___ | No ___ |
| C. | Ictericia                  | Sí ___ | No ___ |
| D. | Parálisis                  | Sí ___ | No ___ |
| E. | Dificultad de alimentación | Sí ___ | No ___ |
| F. | Infección                  | Sí ___ | No ___ |
| G. | Convulsiones               | Sí ___ | No ___ |

H. Detalles acerca de los problemas mencionados arriba: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## DESARROLLO ( 0 A 3 AÑOS)

Indicar edad del acontecimiento por primera vez:

- A. Se volteó (del pecho a la espalda): \_\_\_\_\_
- B. Se sentó solo: \_\_\_\_\_
- C. Gateó: \_\_\_\_\_
- D. Caminó: \_\_\_\_\_
- E. Logró utilizar el baño: \_\_\_\_\_
- F. Montó en bicicleta \_\_\_\_\_
- G. Saltó \_\_\_\_\_
- H. Contó hasta 10: \_\_\_\_\_
- I. Se dio de comer con una cuchara \_\_\_\_\_
- J. Alergias a la comida: \_\_\_\_\_
- K. ¿Duerme toda la noche y toma siesta?: \_\_\_\_\_
- L. Dominancia de las manos: Derecha: \_\_\_\_\_ Izquierda \_\_\_\_\_

## HISTORIA MEDICA

A. Apunte las enfermedades que haya tenido y la edad en la que ocurrieron:

Enfermedad: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

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

B. Convulsiones: Sí : \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

C. Problemas cuando come: Sí : \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_.

En caso que sí, favor de explicar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

D. Accidentes:

\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Favor de completar lo siguiente acerca de cualquier medicamento que toma su hijo/a.

Medicamento	Dosis	Frecuencia de la administración	Razón por los medicamentos

## DESARROLLO DE SU LENGUAJE

¿Se hablan otros idiomas en la casa? Sí \_\_ No \_\_

¿Cuales idiomas? \_\_\_\_\_ ¿Cual es el idioma principal de su niño/a? \_\_\_\_\_

¿Balbuceó durante los primeros 6 meses? \_\_\_\_\_

¿Cuando empezó a decir sus primeras palabras? \_\_\_\_\_

¿A que edad empezó a decir frases? \_\_\_\_\_

¿ Qué prefiere su hijo/a?:

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

oraciones completas  
frases con palabras multiples, pero no oraciones  
palabras solas  
sonidos ininteligibles  
gestos  
otro medio: Por favor describa.

¿A su hijo/a se le dificulta producir sonidos del habla? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

En caso que sí, ¿cuales son? \_\_\_\_\_

¿Cómo se comunica su hijo/a con:

	BIEN	NO MUY BIEN	MAL
PADRES			
HERMANOS			
DESCONOCIDOS			
COMPAÑEROS			
MAESTROS			

¿La voz de su hijo/a es demasiado blanda? \_\_\_\_\_ ¿Demasiado fuerte? \_\_\_\_\_

Cuando habla, ¿hace movimientos o expresiones en la cara desagradables? \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a empezó a hablar y después perdió vocabulario, o dejó de hablar? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

*Las dificultades en el habla que haya tenido su hijo, ¿como le han afectado en lo siguiente?*

Interacciones sociales con sus compañeros: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Disponibilidad para hablar con otras personas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Participación en actividades de grupo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Escucha cuando está en un grupo de personas?: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Le han hecho una evaluación del habla antes? \_\_\_\_\_ En caso que sí, favor de apuntar el nombre del examinador y su dirección o entregar el reporte si es que lo tiene:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### INFORMACION ACERCA DEL OIDO, AUDITORIA Y EL PROCESO AUDITORIO

¿Alguna vez usted ha pensado que su hijo no oye bien? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Le han hecho una prueba audiológica a su hijo/a? En caso que sí, ¿cuales fueron los resultados? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Alguien más en la familia (incluyendo sus tíos y sus abuelos) tienen dificultad en oír, hablar o algún problema con su lenguaje?

---

INFORMACION DE PROCESAMIENTO AUDITIVO

Cuando escucha bien mi hijo/a: (Favor de contestar sí /no a lo siguiente:)

\_\_\_\_\_ sigue direcciones sencillas.  
\_\_\_\_\_ puede sacar y determinar la idea principal de lo que escucha.  
\_\_\_\_\_ escucha o espera su turno cuando habla con otras personas.  
\_\_\_\_\_ hace preguntas para confirmar lo que escuchó.

Acordarse

Mi hijo/a:

\_\_\_\_\_ suele acordarse de lo que le han dicho que haga.  
\_\_\_\_\_ se acuerda de las cosas en la orden en que se dicen.  
\_\_\_\_\_ puede escuchar una anécdota y contarla de nuevo en sus propias palabras.

Cuando su hijo/a tiene que escuchar, ¿cuales son las situaciones que le resultan más fáciles?

---

Cuando su hijo/a tiene que escuchar, ¿cuales son las situaciones que le resultan más difíciles? \_\_\_\_\_

---

ADAPTACION DE SU PERSONALIDAD

¿Su hijo/a tiende a jugar a solas o con otros niños? \_\_\_\_\_

Cuando esta con otros niños, ¿ellos son de la misma edad que su hijo/a? \_\_\_\_\_

¿A su hijo/a, se le dificulta concentrarse? \_\_\_\_\_

¿Le resulta difícil la disciplina en casa? \_\_\_\_\_

¿Qué tal se lleva su hijo/a con otros padres? \_\_\_\_\_

¿Esta su hijo/a consciente de su problema? \_\_\_\_\_

¿Cómo reacciona su hijo/a al problema? \_\_\_\_\_

*En lo siguiente, ¿como le ha afectado su dificultad en aprender lenguaje? :*

Sus interacciones sociales con sus compañeros: \_\_\_\_\_

Su disposición para hablar con los demás: \_\_\_\_\_

Su participación en la clase: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a demuestra frecuentemente los comportamientos abajo? Marcar los que corresponden a él o ella:

- \_\_\_\_\_ nerviosismo          \_\_\_\_\_ quejarse          \_\_\_\_\_ berinches  
\_\_\_\_\_ comportamiento destructivo          \_\_\_\_\_ orinarse en la cama          \_\_\_\_\_ soñar despierto  
\_\_\_\_\_ hiperactividad          \_\_\_\_\_ flojedad          \_\_\_\_\_ chuparse los dedos  
\_\_\_\_\_ agresión          \_\_\_\_\_ conducta retraída          \_\_\_\_\_ obstinación

Para que mi hijo/a tenga éxito y se sienta seguro de si mismo, pienso que su necesidad más inmediata es:

---

---

Comentarios: (Por favor, agregue los datos que piensa que podría ayudarle al evaluador a mejor entenderle a su hijo/a):

---

---

---

La persona que completó este formulario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor adjunte copias de las evaluaciones que haya tenido, ú otra información que pueda ayudarnos a mejor entenderle a su hijo/a. Gracias.