



**MILLER SPEECH AND HEARING CLINIC
TEXAS CHRISTIAN UNIVERSITY**

Dirección postal:
TCU Box 297450
Fort Worth, TX 76129

Dirección:
3305 W. Cantey
Fort Worth, TX 76109

HISTORIAL MEDICO INFANTIL

Fecha en que la forma fue completada: _____

Nombre del niño/a: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Nombre del Padre: _____

Edad del Padre: _____

Dirección: _____

Ocupación: _____

Teléfono de la casa: _____

Del trabajo: _____

Nombre de la Madre: _____

Edad de la Madre: _____

Dirección: _____

Ocupación: _____

Teléfono de la casa: _____

Del trabajo: _____

Nombre del Pediatra: _____

Número de teléfono: _____

Referido por: _____

Número de teléfono: _____

Razón por la referencia: _____

Otros miembros de la familia que viven con el/la niño/a:

Nombre	Edad	Sexo	Grado Escolar	Problemas del Habla
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

HISTORIAL COMUNICATIVO

¿Qué idioma habla el/la niño/a? ¿Usa lenguaje de señas? _____

¿Qué idioma se habla en el hogar? ¿Se hablan otros idiomas en el hogar? _____

Describe el problema del habla, lenguaje o de audición del niño/a. _____

¿Cómo se comunica el/la niño/a (con gestos, lenguaje de señas, una palabra, frases, oraciones)? _____

¿Qué edad tenía el/la niño/a cuando usted noto su problema por primera vez?

¿Ha cambiado su problema en los últimos seis meses? Si su respuesta es sí, por favor describa aquí. _____

¿El niño/ la niña está consiente de su problema? Si usted cree que si ¿qué lo/la hace pensar eso? _____

¿Qué porcentaje de lo que dice su niño/a entienden sus padres? _____

¿Hay historial de problemas del habla, lenguaje o de audición en la familia? Si su respuesta es sí, por favor describa aquí. _____

¿Tiene su hijo/a otros problemas o diagnósticos que pueda influenciar en su desarrollo? _____

¿El/la niño/a ha recibido terapia o una evaluación del habla o de audición? Si su respuesta es sí, por favor escriba las fechas, los sitios y los resultados. _____

¿El/la niño/a ha visto otros especialistas? Si su respuesta es sí, explique la razón.

Seleccione todos los comportamientos que describan a su niño/a:

Nervioso/a o sensible _____ No tiene con quien jugar _____

Prefiere jugar solo _____ Berrinches o pataletas _____

Hiperactivo _____ Muy platicador _____

Toca o se aferra a personas _____ Le gusta la escuela _____

Problemas de comportamiento _____ Quejumbroso _____

Pesadillas _____ Entusiasta _____

Amigable _____ Lloro fácilmente _____

Coopera fácilmente _____ Aprende lentamente _____

Se distrae fácilmente con movimiento _____

Se separa fácilmente de sus padres _____

HISTORIAL PRENATAL Y DEL NACIMIENTO

Describa cualquier enfermedad, condición o accidente que tuvo durante el embarazo. _____

¿Tiene un historial de aborto natural? Si su respuesta es sí, por favor explique.

¿Tomó algún medicamento durante el embarazo? Si su respuesta es sí, por favor describa. _____

Describa problemas presentes durante el parto (parto inducido, etc)._____

HISTORIAL MEDICO

Marque la edad aproximada de cuando el/la niño/a sufrió alguna de las enfermedades o condiciones siguientes:

Alergias _____ Asma _____ Bronquitis _____

Varicela _____ Resfriado _____ Convulsiones _____

Tosferina _____ Mareos _____ Infecciones del oído _____

Encefalitis _____ Gripe _____ Dolores de cabeza _____

Fiebre Alta _____ Mastoiditis _____ Sarampión _____

Meningitis _____ Paperas _____ Ataque Epiléptico _____
Pulmonía _____ Sinusitis _____ Dolor de Garganta _____
Tinnitus _____ Amigdalitis _____ Otra _____
(Anginas)

¿Está recibiendo medicamentos el/la niño/a en este momento? Por favor explique.

¿Ha tenido alguna cirugía el/la niño/a? Si su respuesta es sí, por favor escriba la edad(es), fecha y la descripción(es). _____

HISTORIAL DEL DESAROLLO

Marque la edad aproximada de cuando el niño empezó a hacer lo siguiente:

Levantar su cabeza _____ Sentarse _____
Pararse _____ Caminar _____
Comer solo _____ Vestirse solo _____
Empezó a usar el baño _____ Aprendió a usar el baño _____
Balbucear _____ Usar palabras _____
Usar frases de dos palabras _____ Nombrar objetos _____
Usar simples preguntas _____ Tener conversaciones _____
Peso actual del niño _____ Estatura actual del niño _____

El desarrollo físico del niño/a ha sido: **RAPIDO** **NORMAL** **LENTO**

La coordinación del niño/a ha sido: BUENA NORMAL POBRE

¿Tuvo su niño/a algún problema al mamar o al comer? _____ Si _____ No

Si su respuesta es sí, favor de explicar: _____

¿Babeaba demasiado? _____

¿Tuvo algún problema durante el primer mes de infancia? _____ Si _____ No

Si su respuesta es sí, favor de explicar: _____

Describa como su niño/a responde a los sonidos (responde a todos los sonidos, responde solo a sonidos fuertes, etc.) _____

Si su hijo/a tiene pérdida de audición por favor escriba el tipo de pérdida y a qué edad empezó. _____

Si su hijo/a tiene pérdida de audición por favor describa cualquier tipo de dispositivos de ayuda (audífonos, etc.). _____

HISTORIAL DE EDUCACION

Escuela: _____ **Grado:** _____

¿A qué edad empezó el niño/a kinder o la primaria? _____

¿Repitió algún grado? _____

¿Cuáles materias domina el niño/a? _____

¿Qué materias se le dificultan al niño/a? _____

¿Cómo va progresando el niño/a académicamente? _____

Describe el progreso en general del niño/a en la escuela. _____

¿Cómo interactúa el niño/a con otros? _____

¿Su niño/a recibe algún servicio especial? Si su respuesta es sí, por favor describa aquí. _____

Si su niño/a está recibiendo servicios de educación especial ¿se ha desarrollado un Programa Educativo Individualizado (PEI) o Individualized Educational Plan (IEP)?

Si su respuesta es sí, describa las metas más importantes y cuando empezó.

Si su niño/a está recibiendo servicios de educación especial pero también está en clases de educación regular, por favor nombre las clases de educación regular.

Persona que completó este formulario _____

Relación al cliente _____

Firma _____ **Fecha** _____

Información Opcional

Tenemos como meta promover una mayor diversidad de clientes en nuestra clínica. La siguiente información es totalmente opcional.

¿Se considera hispano/latino?

___ SI ___ NO

Circule todos los que apliquen:

___ Americano nativo de Alaska

___ Asiático

_____ Negro o Afroamericano

_____ Hawaiano o Isleño del Pacífico

_____ Angloamericano

El Miller Speech and Hearing Clinic no discriminará a base de raza, origen nacional, religión, edad, género, orientación sexual, o discapacidad.

Doy mi permiso para que los alumnos de Texas Christian University, como parte de su entrenamiento profesional, observen y participen en mi evaluación y tratamiento que se llevarán a cabo bajo la supervisión de miembros certificados de la facultad universitaria del programa clínico. Adicionalmente, doy por la presente la autorización del uso de televisión de circuito cerrado, fotografías o audio/video-grabaciones que se usarán para fines pedagógicos y científicos.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Comprendo que El Miller Speech and Hearing Clinic NO procesa reclamos de seguridad para servicios clínicos. Bajo solicitud, la clínica me proveerá una factura detallada como parte del formulario de la seguridad que se puede entregar al proveedor de seguros. Comprendo que yo soy responsable de todos los gastos incurridos y que la clínica NO se hace responsable de procesar reclamos de seguridad.

Firma: _____ **Fecha:** _____