



# Cuestionario sobre el habla y el lenguaje para niños: 0-3 años

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que llena este cuestionario: \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_

¿A quién debemos agradecer por referirlo a Columbus Speech & Hearing? \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN GENERAL

¿Qué le preocupa del desarrollo del habla y del lenguaje de su hijo?

---

---

---

¿Cuándo lo notó por primera vez?

---

Describe las habilidades comunicativas de su hijo:

---

---

---

¿Su hijo se pone impaciente o se frustra cuando no se le entiende?

---

Describe cualquier cambio en la capacidad de comunicación de su hijo en los últimos tres meses:

---

---

Describe las áreas fuertes y débiles de su hijo:

---

---

# HISTORIAL MÉDICO

## Historial del embarazo

¿Hubo algún problema en el embarazo con este niño (incompatibilidad de Rh, toxemia, abuso de drogas/ alcohol, exposición a enfermedades infecciosas, etc.)?

---

---

## Historia del parto

A término:  SI  NO      En caso negativo, ¿qué tan temprano? \_\_\_\_\_

Complicaciones (aspiración de meconio, parto con fórceps, sufrimiento fetal, etc.):

Peso del niño al nacer: \_\_\_\_\_ libras \_\_\_\_\_ onzas      Resultados de Apgar: \_\_\_\_\_

| Problemas durante el periodo neonatal  | Comentarios | Presente | Ausente |
|--|-------------|----------|---------|
| Problemas respiratorios  |             |          |         |
| Infecciones  |             |          |         |
| Dificultades en la alimentación<br><i>(mala succión, regurgitación o vómitos, atragantamiento)</i> |             |          |         |
| Convulsiones   |             |          |         |
| Deformidades   |             |          |         |

¿En guardería regular o de cuidados especiales? \_\_\_\_\_

¿Duración de la estancia en la guardería? \_\_\_\_\_

Medicación para el bebé (si se conoce): \_\_\_\_\_

Disposición/temperamento (cólicos, hábitos de sueño, tolerancia a cargarlo):

---

## HISTORIAL MÉDICO DEL NIÑO DESPUÉS DE LOS 10 DÍAS DE EDAD

Hospitalizaciones o Operaciones:

| Fecha | Hospital | Razón |
|-------|----------|-------|
| _____ | _____    | _____ |
| _____ | _____    | _____ |
| _____ | _____    | _____ |

Medicamentos que toma actualmente:

---

---

Enfermedades infantiles: (Marque todas las que sean pertinentes)

- Sarampión                       Paperas                       Roséola  
 Varicela                       Escarlatina                       Tosferina

Cualquier problema extraño: \_\_\_\_\_

Otros problemas de la infancia: (Marque todo lo que sea pertinente)

- Alergias                       Asma                       Problemas de alimentación                       Problemas de crecimiento/peso  
 Dolores de cabeza/mareos                       Fiebres                       Meningitis/Encefalitis                       Babeo persistente  
 Vómitos persistentes                       Convulsiones                       Neumonía                       Gripe  
 Infecciones de oído/tubos recurrentes                       Resfriados recurrentes                       Sinusitis  
 Problemas de orina/intestinales                       Problemas de visión                       Otras: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo alguna enfermedad diagnosticada que, en su opinión, contribuya a sus problemas de habla?

SÍ  NO      La condición médica: \_\_\_\_\_

Por favor, traiga a la evaluación cualquier informe o otra información que pueda tener que ver con esta condición.

## HISTORIAL DE DESARROLLO

La edad aproximada a la que su hijo alcanzó los siguientes logros del desarrollo:

| Edad | Logro                 | Edad | Logro               | Edad | Logro                      |
|------|-----------------------|------|---------------------|------|----------------------------|
|      | Se sentó solo         |      | Gateó               |      | Dijo sus primeras palabras |
|      | Agarró crayón/lápiz   |      | Preferencia de mano |      | Caminó                     |
|      | Aprendió a ir al baño |      |                     |      |                            |

## DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE

¿Su hijo/a:

- Arrullo, balbuceo, vocalizo                       Reproduce gestos (por ejemplo, despedirse con la mano, “así de grande”)  
 Recoger/señalar objetos de uso común (p. ej., pelota, taza, partes del cuerpo) cuando se lo piden                       Utiliza algunas palabras entre los 12 y los 18 meses  
 Jugo al cucú, a las palmaditas                       Sigue instrucciones sencillas (p. ej., “cierra la puerta”)  
 Reproducir sonidos, palabras o frases                       Utilizar expresiones de dos palabras entre los 24 y los 30 meses  
 Responde adecuadamente a preguntas de sí/no                       Reproduce movimientos orales (besar, soplar, sacar la lengua, lamer los labios, etc.)  
 Comprender lo que se le dice

¿Cómo se comunica actualmente su hijo?

- Lenguaje corporal (por ejemplo, señalar, gesticular, expresiones faciales, jalar)  
 Sonidos (por ejemplo, vocales, gruñidos)  
 Algunas palabras (p. ej., “zapato”, “perrito”)  
 Frases de dos palabras (p. ej., “más jugo”)  
 Frases de tres o cuatro palabras (p. ej., “quiero la pelota”)  
 Frases de más de cuatro palabras  
 Otras: \_\_\_\_\_

## ALIMENTACIÓN Y HÁBITOS ORALES

Mi hijo puede beber de un vaso abierto.

Mi hijo/a normalmente toma de un/a:

Botella

Vasito para chupar

Cajita/vaso con popote

Vaso abierto

¿Le preocupan los hábitos de alimentación, bebida o orales de su hijo?

Dificultad para alimentarse

Muerde la ropa

Rechina los dientes

Se llena la boca de comida

Come una cantidad restringida de alimentos

Babea

Muerde juguetes u otros objetos no alimenticios

Se chupa el pulgar, los dedos o usa chupete

Se amordaza

Se atraganta con alimentos o líquidos

Tolera cepillarse los dientes

Por favor, describa otras preocupaciones, si las tiene, relacionadas con los hábitos alimenticios/orales de su hijo:

---

---

| Servicio            | Proveedor |
|---------------------|-----------|
| Terapia de Habla    |           |
| Audición            |           |
| Fisioterapia        |           |
| Terapia Ocupacional |           |
| Neurológica         |           |
| Psicológica         |           |
| Otros               |           |

¿Ha sido evaluado su hijo a través de Help Me Grow o de su sistema escolar público?

SÍ  NO En caso afirmativo, por favor entréguenos una copia de la evaluación.

## INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Padre/Madre/Cuidador #1

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el niño (madre/padre/abuelo o tutor u/otro): \_\_\_\_\_

Vive en casa

Vive fuera de casa

Crianza compartida

Padre/Madre/Cuidador #2

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el niño (madre/padre/abuelo o tutor u/otro): \_\_\_\_\_

Vive en casa

Vive fuera de casa

Crianza compartida

Otro(s) adulto(s) que vive(n) en la casa

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el niño (madre/padre/abuelo/padre de acogida/otro): \_\_\_\_\_

Nombres y edades de otros niños de la familia/de la casa:

---

---

Patrones de comportamiento: (Marque todo lo que corresponda)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cooperativo; se lleva bien con los demás (niños y adultos) | <input type="checkbox"/> Dificultades de separación      |
| <input type="checkbox"/> Presta atención  | <input type="checkbox"/> Se frustra/agita fácilmente     |
| <input type="checkbox"/> Intenta de forma voluntaria nuevas actividades             | <input type="checkbox"/> Reproduce acciones/gestos/habla |
| <input type="checkbox"/> Puede jugar solo durante un tiempo razonable               |  |

Comportamiento auto-abusivo: (Por favor especifique)

- |   |                                  |   |  |
|---|----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Inquieto   | <input type="checkbox"/> Aislado | <input type="checkbox"/> Poco contacto visual | <input type="checkbox"/> Terco                           |
| <input type="checkbox"/> Se distrae con facilidad/corta capacidad de atención |                                  |   | <input type="checkbox"/> Se lleva bien con niños/adultos |
| <input type="checkbox"/> Destructivo/agresivo                                 |                                  |   |  |

Comportamientos inadecuados: \_\_\_\_\_

Otras preocupaciones o información que le gustaría que supiéramos sobre su hijo o familia:

---