



Cuestionario de habla y lenguaje para niños: 4+

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la persona que completa este cuestionario: _____

Relación con el niño: _____ Fecha: _____

¿A quién le debemos agradecer por el referido a Columbus Speech & Hearing? _____

INFORMACIÓN GENERAL:

¿Cuáles son sus motivos para solicitar esta cita?

¿Cuándo notó la dificultad por primera vez?

Describa las habilidades comunicativas de su hijo:

¿Su hijo reconoce o se siente frustrado por alguna dificultad en su lenguaje o habla?

¿Qué medidas ha tomado para intentar ayudarlo?

HISTORIA MÉDICA

¿Hubo algún problema en el embarazo del niño (incompatibilidad de Rh, toxemia, abuso de drogas/alcohol, etc.)?

¿Hubo algún problema relacionado con el nacimiento o parto de este niño (prematuridad, tiempo en incubadora o UCIN, problemas respiratorios, bajo peso al nacer)?

Indique la edad aproximada a la que su hijo logró los siguientes avances en su desarrollo:

	Sentarse solo		Gateó		Dijo sus primeras palabras
	Agarró crayón/lápiz		Preferencia de mano		Caminó
	Ir al baño solo				

Su hijo:

- ¿Se atraganta con alimentos o líquidos? SÍ NO
- ¿Se mete en la boca juguetes/objetos? SÍ NO
- ¿Tolera que le cepillen los dientes? SÍ NO
- ¿Está consultando con un ortodoncista? SÍ NO

¿Ha tenido su hijo alguno de los siguientes problemas? (Marque todo lo que corresponda)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Paperas |
| <input type="checkbox"/> Escarlatina | <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Encefalitis |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía |
| <input type="checkbox"/> Adenoidectomía | <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Problemas de visión | <input type="checkbox"/> Fiebres altas | <input type="checkbox"/> Resfriados frecuentes |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de oído | <input type="checkbox"/> Tubos en los oídos | <input type="checkbox"/> Gripe |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir | <input type="checkbox"/> Se chupa el dedo o el pulgar |

¿Su hijo toma medicación diaria? Por favor, indíquelo.

Nombre del medicamento

Trastorno para el que se lo toma

Hospitalizaciones u Operaciones:

Fecha

Hospital

Motivo

DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA.)

Su hijo:

- ¿Repite sonidos/palabras o frases una y otra vez?
- ¿Utiliza un conjunto de palabras sencillas entre los 24 y los 30 meses?
- ¿Entiende lo que le dices?
- ¿Recupera/señala objetos comunes cuando se los pide (p. ej., pelota, taza, zapato)?
- ¿Sigue instrucciones sencillas (p. ej., “cierra la puerta”)?
- ¿Responde adecuadamente a preguntas de sí/no?
- ¿Responde adecuadamente a preguntas de quién/qué/dónde/cuándo/por qué?

Su hijo se comunica actualmente utilizando:

- Lenguaje corporal (jalones, tirones, gestos)
- Palabras (p. ej., “zapato, perrito, arriba”)
- Frases de más de cuatro palabras
- Sonidos (vocales, gruñidos)
- Frases de dos a cuatro palabras
- Otra: _____

Indique cualquier otra evaluación o terapia que haya recibido su hijo:

Servicio	Proveedor
Terapia del Lenguaje	
Audición	
Fisioterapia	
Terapia ocupacional	
Neurológica	
Psicológica	
Help Me Grow	
Otro	

INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

Padre/Madre/Cuidador #1

Nombre: _____

Relación con el niño (madre/padre/abuelo/tutor/otro): _____

- Vive en casa Vive fuera de casa Paternidad compartida

Padre/madre/cuidador #2

Nombre: _____

Relación con el niño (madre/padre/abuelo/tutor/otro): _____

- Vive en casa Vive fuera de casa Paternidad compartida

Otro(s) adulto(s) que vive(n) en el hogar

Nombre: _____

Relación con el niño (madre/padre/abuelo/tutor/otro): _____

Nombre y edad de otros niños de la familia/del hogar:

Cualquier antecedente familiar de lo siguiente:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Retrasos en el habla/lenguaje | <input type="checkbox"/> Pérdida de audición |
| <input type="checkbox"/> TDAH | <input type="checkbox"/> Autismo/TGD |
| <input type="checkbox"/> Retrasos en el desarrollo | <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Dislexia | <input type="checkbox"/> Trastorno del movimiento |

Patrón familiar en el dominio de su mano:

¿Qué idiomas se hablan en casa?

OTRA INFORMACIÓN:

Patrones de comportamiento: (Marque todos lo que le correspondan)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cooperativo; se lleva bien con los demás (niños y adultos) | <input type="checkbox"/> Atento |
| <input type="checkbox"/> Está dispuesto a probar nuevas actividades | <input type="checkbox"/> Puede jugar solo durante un tiempo razonable |
| <input type="checkbox"/> Dificultades con la separación | <input type="checkbox"/> Se frustra fácilmente/impulsivo |
| <input type="checkbox"/> Obstinado | <input type="checkbox"/> Inquieto |
| <input type="checkbox"/> Poco contacto visual | <input type="checkbox"/> Se distrae con facilidad/corta capacidad de atención |
| <input type="checkbox"/> Destructivo/agresivo | <input type="checkbox"/> Retraído |
| <input type="checkbox"/> Comportamiento inapropiado | <input type="checkbox"/> Comportamiento auto-abusivo |

Las actividades favoritas de mi hijo son:

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

CONTESTE SI SU HIJO ESTÁ EN LA ESCUELA

Nombre de la escuela y el grado en que está:

¿Ha repetido su hijo algún grado?

¿Cuáles son los puntos fuertes y las mejores materias de su hijo?

¿Tiene dificultades con alguna materia? En caso afirmativo, ¿qué ayuda está recibiendo su hijo?

¿Ha recibido su hijo una evaluación basada en varios factores en la escuela?
En caso afirmativo, por favor entréguenos una copia del reporte.

SÍ NO

¿Tiene su hijo un IEP a través de la escuela?
En caso afirmativo, entréguenos una copia del IEP.

SÍ NO