



## FORMULARIO DE INGRESO PEDIÁTRICO

Fecha de completar los formularios: \_\_\_\_\_

### **Información de identificación**

---

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

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:    Hombre    Mujer

Nombres de los padres: \_\_\_\_\_

Los padres son:    \_\_\_ Casados    \_\_\_ Separados    \_\_\_ Divorciados

¿Cuántos hermanos tiene el niño? \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ **Cuál es el número preferido?**

Número de celular: \_\_\_\_\_ *Por favor marque uno:*

Número del trabajo: \_\_\_\_\_ Casa    Celular  
Trabajo

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que está llenando este formulario: \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_

¿Quién lo refirió a la clínica? \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Hay que enviar la evaluación a otra oficina?    \_\_\_ Sí    \_\_\_ No

En caso afirmativo, ¿dónde? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido el niño una evaluación de habla y lengua en el pasado?    \_\_\_ Sí  
\_\_\_ No

En caso afirmativo, ¿dónde y cuándo ha recibido? \_\_\_\_\_

---

¿Ha recibido el niño terapia de habla y lengua?    \_\_\_ Sí    \_\_\_ No

En caso afirmativo, ¿dónde y cuándo ha recibido? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha sido evaluado el niño por otra especialista?     Sí                     No

En caso afirmativo, note el tipo de especialista, la fecha de la evaluación y la(s) razón(es) por la evaluación: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Si el niño ha recibido otras evaluaciones,  
por favor incluía una copia con este formulario.**

**Información de comunicación**

¿Hay una historia familiar de:

Problemas de hablar?     Sí                     No

Problemas de aprendizaje?     Sí                     No

Problemas de lectura?     Sí                     No

En caso afirmativo, por favor describa qué miembro(s) de la familia y el problema: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuál es el idioma principal del niño?: \_\_\_\_\_

¿Cuáles otros idiomas habla o entiende?: \_\_\_\_\_

¿Cuáles son las preocupaciones principales sobre la habla y lengua del niño? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuándo lo noto el problema? \_\_\_\_\_

¿Quién lo noto? \_\_\_\_\_

¿El niño nota el problema?     Sí                     No

¿Cómo reacciona? \_\_\_\_\_

En los últimos seis meses, el problema ha:     mejorado     empeorado     quedado igual

El niño prefiere comunicarse:  hablando  usando gestos

El niño usa más frecuente:  sonidos  palabras  frases/oraciones

El niño pronuncia sonidos incorrectamente:  Sí  No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

El niño suena diferente la voz de otros niños:  Sí  No

En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

¿Gaguea/tartamudea cuando habla?  Sí  No

El niño:

¿Narra un cuento?  Sí  No

¿Expresa ideas?  Sí  No

¿Entiende lo que se ha dicho?  Sí  No

¿Sigue mandatos/ordenes?  Sí  No

¿Comporta bien con otros niños?  Sí  No

¿Prefiere jugar solo?  Sí  No

¿Le gusta leer  Sí  No

¿Escucha a cuentos?  Sí  No

¿Qué juegos/juguetes le gustan? \_\_\_\_\_

¿Qué programas de televisión prefiere? \_\_\_\_\_

¿El niño asiste:  guardería  preescolar  grado \_\_\_\_\_

¿El maestro tiene preocupaciones sobre la habla y lengua del niño?  Sí  No

### **Información sobre el nacimiento**

El niño es:  biológico  adoptado  un niño en acogida

¿Hubo problemas médicos durante el embarazo?  Sí  No



¿Qué mano usa más frecuentemente? \_\_\_\_\_ Izquierda \_\_\_\_\_ Derecha

¿Describiría a su niño como coordinado? Sí No

Explique: \_\_\_\_\_

### **Historia Médica**

---

Indica todos los que aplican:

<input type="checkbox"/>	Extirpación de adenoides	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza
<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>	Traumas cerebrales
<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Problemas del corazón
<input type="checkbox"/>	Orina en la cama	<input type="checkbox"/>	Fiebres
<input type="checkbox"/>	Varicela	<input type="checkbox"/>	Meningitis
<input type="checkbox"/>	Infecciones respiratorias	<input type="checkbox"/>	Paperas
<input type="checkbox"/>	Asimiento o convulsiones	<input type="checkbox"/>	Le sale comida por la nariz
<input type="checkbox"/>	Problemas dentales	<input type="checkbox"/>	Neumonía
<input type="checkbox"/>	Problema de comportamiento	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática
<input type="checkbox"/>	Difteria	<input type="checkbox"/>	Sarampión
<input type="checkbox"/>	Sale saliva cuando come	<input type="checkbox"/>	Escarlatina
<input type="checkbox"/>	Infecciones de los oídos	<input type="checkbox"/>	Ronca cuando duerme
<input type="checkbox"/>	Encefalitis	<input type="checkbox"/>	Extirpación de amígdalas
<input type="checkbox"/>	Problemas de visión	<input type="checkbox"/>	

Describe otros problemas de salud (accidentes, herida, cirugías): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_