



## HEARING AND SPEECH CENTER OF FLORIDA, INC.

9425 SW 72 Street, Suite 261  
Miami, FL 33173  
Telefono (305) 271-7343

EVALUACION DEL HABLA

EVALUACION OCUPACIONAL

**INFORMACION PRELIMINAR:** La información obtenida de las preguntas a continuación serán de ayuda para la determinación del diagnóstico. Por favor responder todas las preguntas de la forma mas completa posible. Puede usar espacio adicional en la parte posterior de las hojas si es necesario. Un resumen escrito de las recomendaciones obtenidas como resultado de esta evaluación clínica será proveído a las agencias apropiadas en caso de ser requerido.

NOMBRE DEL CLIENTE \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: Padre: \_\_\_\_\_ Madre: \_\_\_\_\_

Nombre del padre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento del cliente: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento de los padres: \_\_\_\_\_

Quien acompañará al cliente? \_\_\_\_\_

Quien lo refirió a esta clinica? \_\_\_\_\_

### **HISTORIA FAMILIAR:**

Estado marital de los padres:  Casados  Divorciados  Viudo (a)  Otro \_\_\_\_\_

El niño es adoptado?  Si  No Si es así, a que edad fue adoptado/a? \_\_\_\_\_

Con quienes vive el cliente? (Mencionar a todas las personas) \_\_\_\_\_

Si ambos padres trabajan, quien cuida al niño y dónde? \_\_\_\_\_

### **HISTORIA DEL NACIMIENTO:**

Salud de la madre en el embarazo \_\_\_\_\_

Este fue el embarazo numero (Circule uno por favor) 1, 2, 3, otro # \_\_\_\_\_

Duración del embarazo:  Prematuro  Gestación completa

Medicamentos durante el embarazo?  Si  No Cuáles y por que razón \_\_\_\_\_

Nacimiento:  Normal  Instrumental  Podálico (sentado)  Por cesárea

Condición al momento del nacimiento:  Ictérico  Azul  Stress respiratorio  Otro \_\_\_\_\_

Duración del nacimiento \_\_\_\_\_ Anestesia? \_\_\_\_\_ Peso del bebe \_\_\_\_\_

Anormalidades físicas:  Si  No De ser así, por favor explique \_\_\_\_\_

Alimentación:  Amamantado  Con biberón  Problemas nutricionales \_\_\_\_\_

### **HISTORIA DEL HABLA:**

Edad a la que el niño empezó a: Balbucear \_\_\_\_\_ Usar palabras simples \_\_\_\_\_

Usar frases de 2 o 3 palabras \_\_\_\_\_ Usar frases completas \_\_\_\_\_

Desarrollo del habla del niño:  Rápido  Promedio  Lento

Claridad del habla del niño:  Debajo del promedio  Promedio  Por encima del promedio

Edad en la que el déficit del habla o de la audición fue detectado \_\_\_\_\_

Bajo que circunstancias? \_\_\_\_\_

Describe el problema del habla o de la audición del cliente de la mejor manera posible \_\_\_\_\_

Opinión de los padres de la posible razón del problema \_\_\_\_\_

Sentimientos del niño/a con respecto al problema \_\_\_\_\_

El/la niño/a es:  Hablador/a  Callado/a  Normal

Se hablan idiomas extranjeros en casa?  Si  No De ser así, cuales? \_\_\_\_\_

Su hijo/a habla dos idiomas?  Si  No Explique \_\_\_\_\_

Algún miembro de la familia tiene problemas del habla o auditivos?  Si  No

Describe \_\_\_\_\_

Su hijo/a ha recibido terapia del habla antes?  Si  No

Fechas y lugares: \_\_\_\_\_

### **HISTORIA DE LA AUDICION:**

Su hijo/a ha sido tratado/a por infecciones en los oídos?  Si  No

Cuándo? \_\_\_\_\_

En cual oído? \_\_\_\_\_ Como fue tratado?  Medicina  Tubos en los oídos

Su hijo/a fue tratado por un especialista (Otorrinolaringólogo)  Si  No Cual? \_\_\_\_\_

Usted sospecha que su hijo/a tiene pérdida auditiva?  Si  No

De ser así, qué hizo que usted descubriera la pérdida auditiva? \_\_\_\_\_

Ha sido el cliente diagnosticado con un impedimento auditivo o pérdida auditiva?  Si  No

De ser así, cual fue el diagnóstico recibido? \_\_\_\_\_

Le parece que su hijo/a escucha mejor de un oído que del otro?  Si  No Cual? \_\_\_\_\_

Actualmente, la capacidad auditiva de su hijo/a le parece:  Mejor  Peor  Normal

Su hijo/a usa aparatos auditivos?  Si  No Marca y modelo \_\_\_\_\_

Su hijo/a ha tenido un test auditivo en los últimos 12 meses?  Si  No

De ser así: Cuándo/Donde/Resultados? \_\_\_\_\_

Su hijo/a se comunica:  oralmente  por medio de señas  Ambas

### **ENFERMEDADES DE LA NIÑEZ:** Edad a la que la tuvo, severidad y el efecto secundario:

Varicela \_\_\_\_\_ Sarampión \_\_\_\_\_

Rubéola \_\_\_\_\_ Convulsiones \_\_\_\_\_

Meningitis \_\_\_\_\_ Pulmonía \_\_\_\_\_

Asma \_\_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_\_

Influenza \_\_\_\_\_

Cirugía/Accidente/Enfermedad: \_\_\_\_\_

## **DESARROLLO GENERAL:**

Doctor de cabecera actual: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Salud actual:  Excelente  Buena  Delicada

Edad a la que el cliente: se sentó \_\_\_\_\_ gateó \_\_\_\_\_ caminó \_\_\_\_\_ comió solo/a \_\_\_\_\_ se vistió \_\_\_\_\_ fue al baño solo/a \_\_\_\_\_

Comparación con otros niños \_\_\_\_\_

### **Comportamiento actual (Por favor chequee si la respuesta es si):**

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nerviosismo                         | <input type="checkbox"/> Insomnio               | <input type="checkbox"/> Pesadillas                          | <input type="checkbox"/> Se orina en la cama       |
| <input type="checkbox"/> Timidez                             | <input type="checkbox"/> Problemas alimenticios | <input type="checkbox"/> Miedos excesivos                    | <input type="checkbox"/> Se chupa el dedo          |
| <input type="checkbox"/> Usa la chupeta                      | <input type="checkbox"/> Usa el biberón         | <input type="checkbox"/> Se muerde las uñas                  | <input type="checkbox"/> Malacrianza               |
| <input type="checkbox"/> Hiperactivo/a                       | <input type="checkbox"/> Destructivo/a          | <input type="checkbox"/> Auto abusivo/a                      | <input type="checkbox"/> Dificultad ante el cambio |
| <input type="checkbox"/> Poco contacto visual                | <input type="checkbox"/> Antisocial             | <input type="checkbox"/> Tiene preferencia por niños mayores |  |
| <input type="checkbox"/> Tiene preferencia por niños menores | <input type="checkbox"/> Otro _____             |  |  |

### **HISTORIA DE LA EDUCACION:**

Nombre \_\_\_\_\_ y dirección \_\_\_\_\_ del centro \_\_\_\_\_ de enseñanza actual \_\_\_\_\_

Edad a la que el cliente empezó a ir a colegio \_\_\_\_\_

Su hijo/a esta en clases de estudiantes excepcionales?  Si  No

De ser así, por favor describa \_\_\_\_\_

Mayor escolaridad alcanzada \_\_\_\_\_ Nombre del profesor/a \_\_\_\_\_

Desempeño académico:  Por debajo del promedio  Promedio  Sobre el promedio

Grados desaprobados \_\_\_\_\_ Actitud del niño/a hacia la escuela \_\_\_\_\_

Tiene alguna dificultad en la escuela? (materias, comportamiento, etc.)? \_\_\_\_\_

Su hijo/a recibe alguno de los siguientes servicios?  Terapia del habla  Terapia ocupacional

Terapia física

Si su hijo/a esta recibiendo servicios, por favor indique con quien \_\_\_\_\_

### **LECTURA:**

Su hijo/a tiene deficiencias visuales?  Si  No Describa \_\_\_\_\_

Su hijo/a presenta dificultades para leer?  Si  No Desde hace cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ Su

hijo/a recibe tutorías en casa?  Si  No

Si es así, quien las imparte y de que materias? \_\_\_\_\_

Cual es la actitud del niño/a con respecto a la lectura? \_\_\_\_\_

Le gusta la lectura recreacional?  Si  No Que tanto? \_\_\_\_\_

**TESTS ESPECIALES:** Su hijo alguna vez ha tenido:

Test psicologico \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Donde \_\_\_\_\_

Test neurologico \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Donde \_\_\_\_\_

Fue dado un diagnostico?  Autismo  ADD/ADHD  Fragile X Syndrome  
 Dificultad de aprendizaje  Otro \_\_\_\_\_

Su hijo/a ha sido visto/a en algún otro centro?  Si  No

De ser así, favor nombrarlos: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Padre/guardian \_\_\_\_\_

**ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA PARA RECIBIR LOS SERVICIOS.**

**Persona responsable:**

Algunas, no todas las compañías de seguros pagan los servicios de terapia y evaluación del habla y ocupacional. HMOs y PPOs usualmente requieren un co-pago al momento de la visita. La mayoría de las compañías de seguro NO pagan las evaluaciones, y las visitas de seguimiento. Para Medicaid o grupos cubiertos por planes de Medicaid, el paciente deberá presentar su tarjeta de identificación al momento del servicio de manera que podamos verificar si es elegible. Si necesita un referido escrito para su compañía de seguro, este debe ser presentado al momento de la visita, o se le pedirá que pague por los servicios privadamente e intente recibir el pago de parte de su compañía de seguro.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

**ACUERDO DE PAGO:**

“Acuerdo de pagar al Hearing and Speech Center of Florida, Inc. cualquier y todos los cargos incurridos por visitas o servicios recibidos que no sean cubiertos por mi compañía de seguro”.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Compañía de seguro

\_\_\_\_\_  
Número de póliza de seguro

**INFORMACION MEDICA Y POLITICA DE CONFIDENCIALIDAD**

Toda la información del cliente (su hijo/a) es completamente confidencial. Ninguna información será compartida sin su consentimiento escrito.

“Yo doy permiso al Hearing and Speech Center of Florida, Inc. para compartir o requerir información concerniente a \_\_\_\_\_ para el tratamiento y/o pago por los servicios recibidos.” (Nombre del cliente)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

**ESTATUS DEL SEGURO**

Yo certifico que \_\_\_\_\_ no es elegible para y no esta recibiendo (Nombre del cliente)

beneficios de Medicaid, otros planes de Medicaid ni de ningún otro seguro que cobra los servicios proveídos por el Hearing and Speech Center of Florida.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha