

Hospital de Niños Lucile Packard en Stanford
Departamento de Servicios de Rehabilitación
Servicios de Patología del habla y lenguaje

HISTORIAL DEL CASO CLÍNICO

Nombre del niño _____
(apellido, nombre)

Fecha de nacimiento _____ **Teléfono** _____
(casa) (celular)

ANTECEDENTES

¿A su niño le han dado un diagnóstico? _____ De ser así, favor de anotarlo: _____

Describa las dificultades que tiene su niño con el habla y el lenguaje: _____

¿Qué idiomas se hablan en casa? _____

ANTECEDENTES DE EMBARAZO, NATALES Y DE DESARROLLO

¿Hubo alguna complicación durante el embarazo o el parto? _____ De ser así, por favor describa : _____

¿Nació prematuramente su niño? _____ De ser así, ¿cuántas semanas? _____

¿A qué edad hizo lo siguiente?

Se sentó solo: _____ Gateó: _____
Se paró solo: _____ Caminó solo: _____
Dijo su primera palabra: _____

¿Ha tenido su niño alguna dificultad para masticar o tragarse la comida o los líquidos? _____ De ser así, por favor describa: _____

¿Ha notado usted algún patrón de comer inusual en su niño? _____ De ser así, por favor describa: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Recibe actualmente algún tratamiento o toma algún medicamento el niño? _____ De ser así, por favor explique: _____

¿Tiene su niño actualmente (o tuvo su niño anteriormente) cualquiera de las siguientes afecciones? (por favor marque las que correspondan):

Defecto visual _____	Defecto de audición _____	Infecciones de oído _____
Alergias _____	Convulsiones _____	Encefalitis _____
Impétigo _____	Sarampión _____	Paperas _____
Varicela _____	Paladar hendido _____	Lesión en la cabeza _____

Meningitis _____ Otro (que no figure en la lista): _____

¿Ha recibido su niño una evaluación del habla y lenguaje anteriormente? _____

De ser así, anote los siguientes:

Fecha de la evaluación: _____ Ubicación: _____ Resultados: _____

¿Ha recibido alguna vez servicios especiales su niño de un:(por favor marque los que correspondan)

Psicólogo _____ Patólogo de habla y lenguaje _____

Audiólogo _____ Instructor especial _____

Neurólogo _____ Otorrinolaringólogo (ENT) _____

ANTECEDENTES EDUCACIONALES

¿Cuál es el nombre de la guardería, preescolar o programa escolar al que asiste su niño actualmente? _____

Ubicación: _____ Fecha en que empezó: _____ Año escolar actual: _____

¿Recibe su niño actualmente algún tipo de terapia (del habla, ocupacional, física)? _____ De ser así, por favor anote los datos que correspondan:

Tipo de terapia _____ Frecuencia _____ Razón de la terapia _____

RESUMEN

Nombre de la persona que completa este formulario: _____

Parentesco con el niño: _____

Fecha: _____

Por favor envíe o mande por fax los siguientes formularios al Servicio de Patología del Habla y Lenguaje (*Speech-Language Pathology Services*), LPCH, antes de la cita de su niño.

1. Formulario completo del Historial del caso clínico (*Case History Form*)
2. Una copia del Plan Individualizado de Servicio Familiar (*Individual Family Service Plan*) IFSP y Plan Educativo Individualizado (*Individual Education Plan*) (IEP) actuales de su niño u otros informes de habla y lenguaje de clínicas externas.

Gracias por completar este formulario. Es una parte importante del proceso de evaluación y nos ayuda a proveer la evaluación apropiada para su niño.

Hospital de Niños Lucile Packard en Stanford
Servicios de Patología del Habla y Lenguaje
321 Middlefield Road, Suite 130
Menlo Park, CA 94025
Teléfono: (650) 736-2000
Fax: (650) 736-3406