

TEXAS WOMAN'S UNIVERSITY

Departamento de Ciencias y Trastornos de la Comunicación

P.O. Box 425737, Denton, TX 76204-5737

Teléfono: (940) 898-2285 | Fax: (940) 898-2276

HABLA, LENGUAJE Y AUDIOLOGÍA HISTORIAL DE CASO DE PACIENTE PEDIÁTRICO

Como preparación previa para la evaluación o terapia de la audición y/o del habla de su hijo, le solicitamos que nos proporcione la siguiente información. Eso ayudará al personal de la clínica a planificar y realizar un examen y/o sesión de terapia con mayor exactitud. Por favor envíenos este formulario completado lo antes posible para que podamos fijar una hora para la cita de su hijo.

Le pedimos que responda las preguntas de la manera más completa y exacta posible. Para recordar las fechas específicas, a muchos padres le resultó útil el libro del bebé. Si usted no está seguro de una fecha particular, escriba la fecha que considere correcta y coloque un signo de interrogación después de ella. El médico de su familia también puede proporcionarle alguna información.

Toda la información incluida a continuación es solo para uso confidencial del personal de la Clínica del Habla, el Lenguaje y la Audición.

Fecha: _____

Persona que completa este formulario: _____

Nombre

Parentesco o relación con el niño

I. REFERIDO O DERIVACIÓN

¿Quién refirió a su hijo a esta clínica? _____

Título profesional y/o parentesco o relación con el niño: _____

Número de teléfono: _____

¿Cuáles de las siguientes evaluaciones y/o terapias le interesan?

Evaluación audiológica Evaluación del habla/lenguaje Ambas evaluaciones

Terapia del habla

¿Cuáles son sus inquietudes en las áreas de audición, habla y lenguaje? _____

II. IDENTIFICACIÓN

Nombre del niño _____ Edad: _____

Fecha de nacimiento: _____ Varón Mujer

Dirección: _____ Teléfono: _____
Calle

Ciudad Estado Código postal

Nombre de la madre: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Teléfono del hogar: _____
Calle

Ciudad Estado Código postal

Teléfono celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Ocupación de la madre: _____ Teléfono del trabajo: _____

Nombre del padre: _____ Edad: _____

Dirección: _____ Teléfono del hogar: _____
Calle

Ciudad Estado Código postal

Teléfono celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Ocupación del padre: _____ Teléfono del trabajo: _____

Grado escolar más alto completado por la madre: _____ Por el padre: _____

¿Están divorciados los padres? Sí No Si es así, ¿quién tiene la custodia del niño? _____

Si el niño no vive con sus padres biológicos o adoptivos, ¿quién tiene la tutela legal?

Parentesco o relación con el niño: _____

Dirección: _____ Teléfono del hogar: _____
Calle

Ciudad Estado Código postal

Teléfono celular: _____

Médico de la familia: _____ Teléfono: _____

Indique los hermanos	Edad	Varón/Mujer	¿Viven en la casa?	
_____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

¿Algún familiar tiene problemas de habla o audición? Sí No

Si es así, indique el parentesco con el niño y explique el tipo de problema: _____

III. HISTORIA PRENATAL Y DE NACIMIENTO

Durante este embarazo, ¿tuvo la madre alguna enfermedad, afección o accidente inusuales, tales como rubeola, falso trabajo de parto, incompatibilidad de RH, etc.? Sí No
 Si es así, por favor describa: _____

Duración del embarazo: _____ Duración del trabajo de parto: _____ Peso al nacer: _____

Condición al nacer: Parto normal Cesárea Parto de nalgas

Anestesia: Sí No Fórceps: Sí No

¿Nació con falta de oxígeno o con tono azulado? Sí No

Ictericia: Sí No ¿Alguna otra condición médica inusual? _____

Condiciones médicas inmediatamente después del nacimiento:

¿Tuvo el bebé... Problemas de alimentación, deglución o succión? Cicatrices o magulladuras?
 Crisis epilépticas? ¿Pudo recuperar rápidamente el peso al nacer? Sí No

Otra condición (por favor explique) _____

IV. DESARROLLO

¿Cuándo pudo sostener la cabeza solo sin ayuda? _____

¿Gatear? _____ ¿Sentarse solo sin apoyo? _____

¿Levantarse hasta una posición de pie? _____ ¿Caminar sin ayuda? _____

¿Controlar los movimientos intestinales? _____ ¿Controlar la vejiga? _____

¿Cuál es el peso actual del niño? _____

¿Su altura actual? _____ ¿Su hijo prefiere usar la mano derecha o la izquierda? _____

¿Su hijo se cae o pierde el equilibrio fácilmente? Sí No

Si es así, por favor explique: _____

¿Tiene su hijo (marque todas las que apliquen)...

Dificultad con el equilibrio?

Miedo a las alturas?

Miedo si lo mueve inesperadamente?

¿Hay alguna actividad que requiera movimientos rápidos y vueltas que a su hijo le resulte difícil? Por favor explique _____

¿Su hijo parece torpe o descoordinado? Sí No

¿Su hijo tiene dificultad para masticar o tragar? Sí No

Describa cualquier dificultad de desarrollo _____

Describa cualquier dificultad académica (lectura, matemáticas, escritura, ortografía) _____

Comentarios adicionales: _____

V. ANTECEDENTES MÉDICOS

Marque las enfermedades que su hijo haya tenido, e indique la edad y el grado de gravedad:

<u>Enfermedad</u>	<u>Edad</u>	<u>Leve, normal o grave</u>	<u>Enfermedad</u>	<u>Edad</u>	<u>Leve, normal o grave</u>
Alergias	_____	_____	Enfermedad renal	_____	_____
Asma	_____	_____	Sarampión	_____	_____
Bronquitis	_____	_____	Meningitis	_____	_____
Varicela	_____	_____	Paperas	_____	_____
Resfriados (frecuentes)	_____	_____	Infecciones de oído	_____	_____
Fiebre del heno/alergia	_____	_____	Neumonía	_____	_____
Dolores de cabeza (frecuentes)	_____	_____	Escarlatina	_____	_____
Enfermedad cardíaca	_____	_____	Crisis epilépticas	_____	_____
Gripe	_____	_____	Amigdalitis	_____	_____

Otras enfermedades, no incluidas en la lista: _____

¿Alguna complicación médica importante en el último año? Sí No

Si es así, por favor describa _____

¿Ha tenido cambios en el comportamiento después de alguna enfermedad? Sí No

Si es así, por favor describa _____

VI. HISTORIAL DE DESARROLLO GENERAL Y EDUCATIVO

¿A qué edad comenzó la escuela su hijo? _____ ¿Repitió algún grado? Sí No

Si es así, ¿cuál? _____ Nombre de la escuela a la que asiste ahora _____

Grado actual: _____ Maestra: _____

Indique las materias que presentan dificultad particular para su hijo: _____

¿Cuáles son las calificaciones habituales de su hijo? (marque una opción)

Excelente Por encima del promedio Promedio Por debajo del promedio No aprobado

¿Cuál es la actitud de su hijo hacia...

la escuela? _____

sus tareas escolares? _____

¿Cómo se lleva su hijo con los otros niños en la escuela? _____

¿Su hijo duerme bien? Sí No ¿Su hijo come bien? Sí No

Si no es así, por favor describa: _____

VII. ASPECTOS SOCIALES

¿Qué actividades y juegos disfruta su hijo? _____

¿Su hijo suele jugar solo o con otros niños? _____

¿Qué edades tienen los compañeros de juego de su hijo? _____

¿Su hijo se frustra fácilmente? Sí No ¿Cómo lo demuestra? _____

¿Ha sido más difícil de controlar que otros niños? Sí No

¿Quién disciplina a su hijo y cómo lo hace? _____

¿Es difícil disciplinar a su hijo? Sí No Explique: _____

Por favor marque las casillas que identifican las conductas de su hijo:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> excitabilidad | <input type="checkbox"/> fantasear despierto | <input type="checkbox"/> timidez |
| <input type="checkbox"/> respirar por la boca | <input type="checkbox"/> desalentarse fácilmente | <input type="checkbox"/> sensibilidad |
| <input type="checkbox"/> rabietas | <input type="checkbox"/> prefiere jugar con niños más pequeños | <input type="checkbox"/> prefiere jugar con niños más grandes |
| <input type="checkbox"/> chuparse el dedo | | |

¿Hay otras conductas que le preocupan?

Describa cualquiera de los anteriores con más detalle si considera que puede explicar el problema:

VIII. HISTORIAL DE AUDICIÓN:

¿Hay algún indicio de que su hijo tenga dificultad para oír? Sí No

Si sospecha que su hijo tiene un problema de audición, ¿cuándo, por qué y quién

lo notó por primera vez? _____

¿Ya le han hecho un examen de audición? Sí No

Si es así, ¿cuándo? _____

¿Dónde y cuáles fueron los resultados? _____

XI. HISTORIAL DEL HABLA Y DEL LENGUAJE

Durante los primeros 6 meses, ¿hacía su hijo arrullos y balbuceos? Sí No

Durante el primer año, ¿emitía muchos sonidos como arrullos y balbuceos? Sí No

Más allá de llorar, ¿diría usted que su hijo era...

- un bebé silencioso? un bebé normal? un bebé muy ruidoso?

¿A qué edad pronunció su hijo palabras con sentido? _____

¿Cuáles fueron? _____

¿Su hijo... dijo una o dos palabras y luego pasó mucho tiempo hasta que dijo otras?
o incorporaba palabras continuamente una vez que empezó a hablar?

¿A qué edad empezó su hijo a nombrar personas y objetos? _____

¿A qué edad tenía su hijo un nombre para todo? _____

¿A qué edad pudo su hijo combinar las palabras para formar frases cortas como “quiero agua” o “bebé afuera”?

¿Cree usted que su hijo tardó en aprender a hablar? Sí No

¿Entiende su hijo lo que usted le dice tal como usted cree que debe hacerlo? Sí No

Si no es así, explique: _____

¿Utiliza ahora su hijo palabras para comunicarse? Sí No

Si no es así, ¿cómo pide lo que quiere? _____

En este momento, ¿su hijo habla...

mucho? una cantidad normal? muy poco?

¿Si hijo habla principalmente con...

oraciones completas? frases? palabras sueltas? sonidos?

¿Hasta qué punto puede su hijo hacerse entender por sus hermanos, hermanas y compañeros de juego?

bien a veces de ninguna manera

Comentarios: _____

¿Hasta qué punto puede su hijo hacerse entender por otros adultos que no sean sus familiares?

bien a veces de ninguna manera

Comentarios: _____

¿Alguna vez dejó de expresarse por un tiempo? Sí No

Si es así, por favor describa: _____

¿Alguna vez su hijo se comunicó mejor de lo que lo hace ahora? Sí No

Si es así, por favor explique: _____

XII. OTRA INFORMACIÓN

¿Su hijo ha estado hospitalizado alguna vez? Sí No

Si es así, ¿cuándo y por qué motivo? _____

¿Tiene su hijo buena salud en este momento? Sí No

Indique cualquier discapacidad física: _____

¿Su hijo usa anteojos? Sí No ¿Usa audífonos? Sí No

Indique el estado de salud de los familiares inmediatos y su parentesco con el niño: _____

¿Alguien se burla de su hijo por su problema para hablar? Sí No

Si es así, por favor explique: _____

¿Cuál es la reacción de su hijo a su problema para hablar? _____

¿Le han realizado un examen neurológico con anterioridad? Sí No

Si es así, ¿cuándo? _____

¿Dónde? _____

¿Le han hecho un examen psicológico con anterioridad? Sí No

Si es así, ¿cuándo? _____

¿Dónde? _____

¿Le han hecho un examen educativo con anterioridad? Sí No

Si es así, ¿cuándo? _____

¿Dónde? _____

¿Le han hecho un examen médico reciente? Sí No

Si es así, ¿cuándo? _____

¿Quién lo hizo? _____

Si a su hijo le han hecho alguno de los exámenes anteriores, sería muy útil para la clínica que usted se comunicara con la persona que examinó a su hijo para pedirle que envíe una copia de sus hallazgos a la dirección indicada al pie de esta página. También puede enviarlos por fax al 940-898-2276.

Si tiene información adicional que considere que nos ayudaría a entender mejor a su hijo, por favor explique: _____

Firma

Fecha

Por favor complete los formularios de autorización adicionales que se adjuntan. Una vez que hayamos recibido este paquete en nuestras oficinas, nos comunicaremos con usted para programar una evaluación.

Si tiene preguntas, no dude en llamarme al 940-898-2285. Envíe este paquete por correo a la dirección indicada a continuación, o por fax al 940-898-2276.

Enviar por correo a:
Texas Woman's University
Speech & Hearing Clinic – MCL 601
P.O. Box 425737
Denton, Texas 76204

TEXAS WOMAN'S UNIVERSITY

Departamento de Ciencias y Trastornos de la Comunicación
P.O. Box 425737, Denton, TX 76204-5737
Teléfono: (940) 898-2285 | Fax: (940) 898-2276 | TTY: (940) 898-2019

Formulario de divulgación

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Archivo N.º (use letra de imprenta)

Lea y firme sus iniciales en el espacio provisto.

_____ Entiendo que, de acuerdo con la ley federal, Texas Woman's University no puede utilizar o revelar la información sobre mi salud sin mi autorización, excepto como se establece en la Notificación de Prácticas de Privacidad de la Universidad. Mi firma en este formulario de divulgación indica que otorgo mi permiso para los usos y divulgaciones de la información protegida sobre la salud descrita anteriormente. Por medio del presente documento, libero a Texas Woman's University y a sus empleados de toda responsabilidad que pueda derivarse de la divulgación de la información, tal como yo lo he indicado.

_____ Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Si quiero revocar esta autorización, debo hacerlo por escrito y dirigir la revocación a la persona o institución mencionada más arriba. Entiendo que si revoco esta autorización, el cambio no se aplicará a ninguna información ya divulgada como consecuencia de esta autorización.

_____ Entiendo que en las oficinas de la clínica hay copias de las Prácticas de Privacidad de la ley HIPAA de las Clínicas del Habla, el Lenguaje y la Audición a mi disposición.

_____ Entiendo que una vez que la información sea divulgada de acuerdo con lo establecido en esta autorización, es posible que ya no esté protegida por la ley federal de privacidad médica y que podrá ser divulgada por la persona o la agencia que la reciba.

Esta divulgación caduca automáticamente el _____
(especificar fecha, evento o 1 año a partir de la fecha de la firma)

_____ Entiendo que puedo negarme a firmar este formulario de divulgación. Asimismo, entiendo que si me niego a firmar este formulario de divulgación, la institución o las personas mencionadas anteriormente no pueden negarme tratamiento.

He leído y comprendido la información de este formulario de autorización.

Firma del paciente o apoderado _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha: _____

TEXAS WOMAN'S UNIVERSITY

Departamento de Ciencias y Trastornos de la Comunicación
P.O. Box 425737, Denton, TX 76204-5737
Teléfono: (940) 898-2285 | Fax: (940) 898-2276 | TTY: (940) 898-2019

AUTORIZACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Por medio del presente documento, otorgo mi autorización para que los procedimientos y/o tratamientos de evaluación y toda la información relacionada puedan enviarse por correo electrónico desde y hacia Texas Woman's University y los padres o tutores, y entre los supervisores y estudiantes. Asimismo, otorgo mi autorización para que este procedimiento pueda utilizarse para promover el entendimiento entre el personal clínico y el padre/madre/tutor. En caso de que decida no autorizar estas comunicaciones, los estudiantes y supervisores se comunicarán a través de una red de comunicación segura y accesible únicamente al personal de la clínica, pero no utilizarán el correo electrónico para comunicarse conmigo.

_____ Iniciales

Entiendo que los procedimientos de evaluación y/o tratamiento pueden ser observados por otros padres/tutores en la habitación en la que se instalaron los monitores de TV o en la sala de observación. La confidencialidad se mantendrá en la máxima medida posible. Entiendo que la privacidad se observará en la mayor medida posible. Por favor respete la privacidad de otras personas mientras permanezca en la sala de observación.

_____ Iniciales

Debido a las leyes de privacidad de la educación de pacientes y estudiantes, es necesario presentar un permiso por escrito para tomar fotografías de nuestras sesiones en la clínica. Están prohibidas las grabaciones de audio y video de nuestros clientes o estudiantes, excepto cuando el personal de la clínica las realice con propósitos educativos para el estudiante.

_____ Iniciales

Entiendo que puedo anular mi permiso en cualquier momento comunicándoselo por escrito al coordinador clínico.

Fecha

Firma del padre, madre o tutor legal

Nombre del cliente

TEXAS WOMAN'S UNIVERSITY

Departamento de Ciencias y Trastornos de la Comunicación
P.O. Box 425737, Denton, TX 76204-5737
Teléfono: (940) 898-2285 | Fax: (940) 898-2276 | TTY: (940) 898-2019

AUTORIZACIÓN PARA GRABACIÓN Y USO DE PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

Por medio del presente documento autorizo que los procedimientos de evaluación/tratamiento de

Nombre del cliente

sean registrados, grabados en video, fotografiados y/o grabados en audio en el Departamento de Ciencias y Trastornos de la Comunicación de Texas Woman's University.

Sí No

Iniciales

Por medio del presente documento otorgo mi autorización para que los procedimientos de evaluación/tratamiento grabados puedan utilizarse con fines educativos y/o de investigación dentro y fuera de la Universidad.

Sí No

Iniciales

Por medio del presente documento, otorgo mi autorización para que los procedimientos de evaluación/tratamiento grabados puedan utilizarse con fines publicitarios tanto dentro como fuera de la Universidad.

Sí No

Iniciales

Por medio del presente documento, otorgo mi autorización para que los procedimientos de evaluación/tratamiento puedan ser observados y discutidos por los estudiantes de las disciplinas relacionadas con el Departamento de Ciencias y Trastornos de la Comunicación con fines académicos.

Sí No

Iniciales

Asimismo, otorgo mi autorización para que los datos de las evaluaciones/tratamientos puedan ser utilizados con fines de investigación aprobados por las autoridades universitarias pertinentes.

Sí No

Iniciales

Fecha

Firma del cliente o padre/madre/tutor