



Therapy World

HISTORIA DEL CASO

INFORMACION DE PACIENTE

Nombre de Niño(a)	Sexo: Hombre Mujer	Fecha de Nacimiento:	Edad:
Dirección		Diagnos/Problema:	
Nombre de Padres o Guardián legal:		Relación al paciente:	
# de Teléfono:	# Celular :	Teléfono de trabajo:	E-Mail:
Contacto de Emergencia (familiar o amigo):			Relación al paciente:
# de Teléfono :	# Celular :	Teléfono de trabajo:	E-Mail:

INFORMACIÓN DE EMBARAZO Y PARTO:

PREGUNTA	RESPUESTA		DETALLES
¿Se recibió atención prenatal?	NO	SI	Si respondió Sí, ¿en qué mes se inició?
¿Hubo problemas medicos antes / durante el embarazo?	NO	YES	Si respondió Sí, por favor explique en detalle:
¿Hubo preocupaciones emocionales antes / durante el embarazo?	NO	SI	Si respondió Sí, por favor explique en detalle:
¿Tuvo un embarazo prematuro (menos de 37 semanas)?	NO	SI	Si respondió Sí, a cuántas semanas nació el niño?
¿Tuviste alguna complicación durante el parto?	NO	SI	Si respondió Sí, por favor explique en detalle:
¿Alguno de los siguientes presentes al nacer?: Ictericia , dificultades respiratorias, dificultades de alimentación, NICU?	NO	SI	Si respondió Sí, por favor escriba cuáles:
¿Su hijo(a) es adoptado (a)?	NO	SI	Si respondió Sí, cuando fue adoptado(a)? Si respondió Sí, de donde es adoptado(a)?
¿Conoces algún historial de nacimiento o detalles del orfanato?	NO	SI	Si respondió Sí, por favor explique en detalle:
¿Su hijo (a) sabe que es adoptado (a)?	NO	SI	

Por favor describa DETALLADAMENTE el parto y el nacimiento de su hijo (peso, forma de parto, complicaciones, atención posnatal):

HISTORIA DE DESARROLLO

Por favor indique a qué edad comenzó su hijo (a):

<u>HABILIDAD</u>	<u>EDAD</u>	<u>DETALLES</u>
• Dar la vuelta		
• Gatear		
• Sentarse		
• Jalar para pararse		
• Alcanzar un juguete		
• Caminar		
• Aislar los dedos para contar		
• Amamantar		
• Uso de Biberón		
• Come comida de mesa		
• Bebe de taza abierta		
• Bebe de una paja		
• Utiliza una cuchara / tenedor		
• Balbucea		
• Dijo las primeras palabras		
• Emparejó dos palabras		
• Reconoció rostros / voces familiares		
• Cuántas palabras en total:		

HISTORIA DE CIRUGÍA

Por favor avise de todas las cirugías y hospitalizaciones que su hijo (a) haya tenido.

<u>Cirugías / Hospitalizaciones</u>	<u>Fecha:</u>	<u>MD/ Cirujano (a):</u>	<u>Condición /Detalles:</u>

HISTORIA MÉDICA

Por favor marque "v" todos los que apliquen.

<input type="checkbox"/> Reflujo ácido	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS	<input type="checkbox"/> Problemas para tragar
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Cianosis	<input type="checkbox"/> Ictericia	<input type="checkbox"/> Tortícolis
<input type="checkbox"/> Anoxemia	<input type="checkbox"/> Cytomegalovirus	<input type="checkbox"/> Artritis Juvenil	<input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática
<input type="checkbox"/> Alergias: _____	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Plagiocefalia	<input type="checkbox"/> Problemas visuales
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Infecciones del oído	<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Autismo /PDD	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Prematuro(a)	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Problemas de equilibrio	<input type="checkbox"/> Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Convulsiones / Epilepsia	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Problemas de habla / lenguaje	

¿Existen algunas de las condiciones médicas antecedentes en la familia inmediata? Si No

Si respondió SÍ, por favor explique en detalle:

¿Su hijo ha visto a alguno de los siguientes especialistas?

- Cardiólogo Neurólogo Ortopedista Optometrista /Oftalmólogo
 Psicólogo / Psiquiatra Pediatra del desarrollo

HISTORIA DE MEDICAMENTO

Por favor escriba los medicamentos actuales, lo dosis y la condición médica que trata cada medicamento.

<u>Medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>Condición</u>

HISTORIA DE INTERVENCION

Por favor escribe los nombres de cualquier especialista que haya evaluado a su hijo, la fecha de la , date of the evaluación y cualquier diagnóstico.

<u>Nombre del Especialista</u>	<u>Fecha de Evaluación</u>	<u>Diagnósticos</u>

HISTORIA DE AUDICIÓN/ AUDIOLOGIA

¿Su hijo (a) ha recibido una evaluación formal para evaluar su audición? **YES** **NO**

<u>Cuando:</u>	<u>Fecha:</u>	<u>Resultados:</u> Negativo Positivo

HISTORIA FAMILIAR/SOCIAL

Por favor enumere los nombres, las edades y la relación de las personas que viven en su hogar.

<u>Nombre:</u>	<u>Edad:</u>	<u>Relación con el/la niño (a):</u>

El/la cuidador(a) primario (a) de mi hijo es:

¿A que tipo de area afuera tiene acceso su hijo(a) (si es que hay alguno)?

¿Tiene su hijo(a) su propia habitación o comparte?

Los hábitos de sueño de mi hijo: (ubicación y horario)

¿Su hijo (a) tiene algún problema con la comida? Si respondió Sí, por favor explique (ie. aversiones a las texturas y/o olores):

Describa cualquier cambio significativo que su hijo (a) ha tenido en los últimos 3 meses:

¿Existen costumbres religiosas, espirituales o étnicas que su terapeuta be saber? Por favor describa:

Las fortalezas de mi hijo(a) son:

Por favor describa las habilidades de juego de su hijo:

HABILIDADES DE CUIDADO PERSONAL

Por favor marque el “%” que indica el nivel de independencia que su hijo demuestra con las siguientes habilidades.

• Lavando los dientes	0	25%	50%	75%	100%
• Bañarse	0%	25%	50%	75%	100%
• Vestirse	0%	25%	50%	75%	100%
• Usando el baño	0%	25%	50%	75%	100%
• Come solo (a)	0%	25%	50%	75%	100%
• Uso de utensilios	0%	25%	50%	75%	100%
• Taza de entrenamiento	0%	25%	50%	75%	100%
• Taza abierta	0%	25%	50%	75%	100%
• Uso de paja de beber	0%	25%	50%	75%	100%
• Se sienta para las comidas	0%	25%	50%	75%	100%
• Organiza la tarea	0%	25%	50%	75%	100%
• Responde preguntas básicas sobre uno mismo (nombre y edad)	0%	25%	50%	75%	100%
• Reconoce el nombre escrito	0%	25%	50%	75%	100%
• Pide ayuda	0%	25%	50%	75%	100%

HISTORIA DE ESCUELA/GUARDERIA

Nombre de la escuela / guardería de mi hijo:

El nivel / ubicación actual de mi hijo:

Nombre (s) de el/la maestro (a) de mi hijo:

¿Tengo permiso para contactar al maestro de escuela / terapeutas de su hijo? (# de teléfono/email)

Nombre de la terapeuta escolar de mi hijo:

Mi hijo recibe los siguientes servicios de apoyo (ie. Terapia física, ocupacional, del lenguaje) en la escuela:

Mis preocupaciones sobre mi hijo (a) y su escuela:

¿Qué otra información puede contarme sobre su hijo?
¿Qué preguntas tiene sobre la terapia y su hijo?
¿Qué espera que podamos lograr en la terapia?

Gracias por su ayuda para completar este formulario. Esta información es confidencial y se utilizará estrictamente con fines terapéuticos.

Nombre de la persona que completó este formulario

Relación con el niño(a)

Firma de la persona que completó este formulario

Fecha