



Central Delaware Speech language Pathology, Inc.
Especializada en el Diagnostico Y Tratamiento de Trastornos en Lenguaje de hablar
Certificado en ASHA Y Licenciada en Delaware

Nombre Del Niño/a: _____

Date: _____

Preevaluación en Hablar y Lenguaje

¿Ha Visto otro Doctor/ Especialista su hijo/a (audiólogos, psicólogo, Terapista Ocupacional, Educadores Especiales, Etc.)? Si, si por favor indique la clase de especialista, cuando el niño/a fue visto, y las conclusiones o sugerencias del especialista.

Nombre Del Doctor/ Especialista	Fechas(s) De Evaluación/tratamiento	Por favor explique las conclusiones/ tratamiento aplicado

Formulario De Cuestionario De Preevaluación en hablar Y Lenguaje

Historia Del Desarrollo:

Por Favor Indique la edad aproximada cuando su hijo/a empezó a hacer las actividades siguientes:

Sentarse	
Gatear	
Pararse	
Caminar	
Alimentarse solo/a	
Vestirse solo/a	
Usar el inodoro	

Formulario De Cuestionario De Preevaluación en Hablar Y Lenguaje

Desarrollo De Hablar Y Lenguaje:

Por Favor indique la edad aproximada cuando su hijo/a empezó a hacer lo siguiente (por favor indique si su hijo/a aun no a alcanzado estos hitos de hablar y lenguaje):

Usar Palabras Singulares (ej., mami, no, perrito)	
Combinar palabras (ej., yo ir, mami carro, etc.)	
Nombrar objetivos simples (ej., perro, carro, árbol, etc.)	
Usar preguntas simples (¿ej., donde está el perrito?, etc.)	
Encajar en una conversación.	

Describe las dificultades en hablar y lenguaje de su hijo/a: _____

Su hijo/a esta consiente de sus dificultades? ¿Si, si como se siente respecto a ellos? _____

Como se comunica su hijo/a actualmente (ej., gestos, lenguaje de señas, palabras solos, frases, oraciones)? _____

Es difícil para usted oh otros al entender la hablada de su Hijo/a? _____

Ay algunos sonidos específicos que sientes que su hijo/a hace incorrecto? _____

Formulario De Cuestionario De Preevaluación en Hablar Y Lenguaje

Desarrollo De Hablar Y Lenguaje:

Su hijo/a tiene dificultades haciendo y siguiendo instrucciones? _____

Su hijo/a responde consiente a su nombre? _____

Describe como su hijo/a responde a los sonidos (responde a toda clase de sonido, nomás a sonidos altos, o inconscientemente responde a sonidos, etc.): _____

¿Sospechas en algunas dificultades al escuchar? _____

Ha sido probada la audiciencia de su hijo/a? ¿Si, si **cuando y que fueron los resultados de la probación?**__

Formulario De Cuestionario De Preevaluación en hablar Y Lenguaje

Desarrollo General Y Social:

Su Hijo/a:

- Duerme Bien Interactúa/juega bien con compañeros
 Come Bien Juega bien solo
 Interactúa bien con la familia

Características De Comportamiento (por favor marque todo lo que aplique):

- Cooperativo/a Inquieto/a
 Atento/a Mal contacto visual
 Dispuesto a probar nuevas actividades de Fácilmente Distráido/a poco tiempo atención
 Juego solo/a por un tiempo razonable Destructivo/Agresivo
 Dificultades en Separación Retirado/a
 Frustrado/a fácilmente Comportamiento Inapropiado
 Obstinado/a Comportamiento auto abusivo

Motricidad Oral y Alimentación:

Su Hijo/a (Por favor marque todo lo que aplique):

- Evita Comida con cierta textura (ej., crujiente, masticable, suave, etc.)
 Evita Comida de cierta temperatura (ej., frio, caliente, tibio)
 Evita cierto sabor de comida (ej., dulce, salada, picoso, amargo, etc.)
 Solo come ciertas marcas de comida
 Gases/tos en la comida
 Tiene historia de incidentes en asfixia
 Lloro frecuentemente durante las comidas
 Tiene pobre aumento de peso
 Tiene problemas gastrointestinales
 Tiene postura de boca abierta o babeando

Formulario De Cuestionario De Preevaluación en hablar Y Lenguaje

_____ Actualmente pone juguetes/objetivos en su boca

_____ Rechaza cepillarse los dientes

Ay otros o tienes otras inquietudes de alimentación (ej., problemas con succión, tragar, babear, mascando, etc.)

Desarrollo Sensorial/Motor:

Su hijo/a es particularmente sensitivo al Tocar? Si, si por favor explique. _____

Su hijo/a le gusta movimiento rápido o actividades incluyendo movimiento? _____

Usted piensa que su hijo/a estabilizado dominancia de mano? Si, si por favor indique si izquierda o derecha. _____

Su hijo/a tiene dificultades con tareas de morosidad finas (ej., legos, bloques, ensartar cuentas, cortar, colorear)? _____

Su hijo/a tiene dificultades caminando, coreando, o participando en otras actividades que requiere poco o mucha coordinación muscular? _____

Su hijo/a es capaz de participar en su cuidado a si mismo (ej., alimentarse, usando el inodoro, etc.) _____

¿Usted permite comestibles (comida o bebida) como medio para reforzar a su hijo?

_____ Si

_____ No

Formulario De Cuestionario De Preevaluación en hablar Y Lenguaje\

Nombre Del niño/a: _____ **Fecha:** _____

Historial Familiar:

Nombre De La madre: _____ Teléfono: _____

Ocupación De la madre: _____ Teléfono De Negocio: _____

Nombre Del padre: _____ Teléfono: _____

Ocupación Del Padre: _____ Teléfono De Negocio: _____

Hermanos Y Hermanas (nombres y edades): _____

El niño/a vive con ambos padres? _____

Si no, con quien vive el niño/a? _____

¿Si Adoptado a que edad? _____

Que son tus metas para tu hijo/a? _____

Que realmente motiva tu hijo/a? (Juguetes, Elmo, música, rompe cabezas, etc.) _____

Si a tenido Terapia Previamente a sido lento/no exitoso, por que crees? _____

¿Como controlas comportamientos difíciles (si alguno) en casa? _____

Usted cree que su hijo/a hablar/lenguaje le está retrasando? Por favor explique. _____

Por favor explique cualquiera técnica que a trabajado bien con su hijo/a (ganando pegatinas, tiempo libre, jugando...) _____

Historia De Nacimiento y Parental:

Describe la salud general de la Mama durante el embarazo (enfermedades, accidentes, medicación requerida, etc.)

Duración Del Embarazo: _____ Peso Del niño/a en nacimiento: _____

Describe el Parto (algunas complicaciones): _____

Describe Salud general del niño/a en nacimiento: _____

Tiempo de Queda en el Hospital: _____

Salud General Del niño/a: (circula uno) Bien Justo Mal

Por favor indique la edad aproximada que su hijo/a experimento cualquier enfermedad/ condiciones:

Adenoidectomía _____ Dolor De Cabeza _____ Neumonía _____

Asma _____ Golpe De Cabeza _____ Convulsiones _____

Alergia _____ Perdida al Escuchar _____ Sinusitis _____

Varicela _____ Problema De Corazón _____ Dificultad en Dormir _____
Resfriados (frecuentemente) _____ Fiebre Altas _____ Chupar el dedo/o dedo pulgar _____
Grupa _____ Influenza _____ Amigdalectomía _____
Infección de oído _____ Sarampión _____ Problemas Visuales _____
¿Cada cuanto? _____
Tubos para los oídos _____ Meningitis _____ Otro _____
¿Cuándo? _____
Epilepsia _____ Paperas _____

Historia De Nacimiento y Parental:

Describe cualquier mayor accidente, cirugía, enfermedad, o hospitalización que su hijo/a allá tenido: _____

¿Está su hijo actualmente bajo cuidado médico? ¿Si, Si por qué? _____

Por Favor indique cualquier medicamento que su hijo/a esta tomando actualmente: _____

Su hijo/a a tenido alguna reacción negativa con algún medicamentó? Por favor describe: _____

Las vacunas de su hijo/a están al día? _____

Su hijo/a es sensible al látex? _____

Su hijo/a a tenido Terapia de Hablar y Lenguaje en el pasado? Si, si Donde, Cuando, ¿y por cuánto tiempo? _____

Historia Educativa:

¿Grado Actual? _____

Que Escuela atiende su hijo/a? _____

Nombre actual De Maestra/a? _____

Su hijo/a a repetido algún grado? _____

Su hijo/a está experimentando algún problema aprendiendo o problemas sociales en la escuela? Si, si por favor explique. _____

¿Que son sus fortalezas o mejor tema? _____

Su hijo/a tiene alguna dificultad con un tema Escolar? _____

¿Su hijo recibe servicios especiales en el ambiente de la escuela? ¿Si, si tiene algún plan educativo individualizado? Si, si describe unas metas implementadas. _____