



Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento:

MGH #:

### SERVICIOS ACTUALES

¿Cuáles son sus preguntas / preocupaciones específicas sobre el habla, el lenguaje y / o el aprendizaje?

---

---

¿Qué esperas aprender de esta evaluación?

---

---

### ESTADO ACTUAL DE LA COMUNICACIÓN

¿Cómo se comunica su hijo(a)? (por favor marque todos los que apliquen)

- llorando
- señalando o gestos con las manos
- agarrando objetos
- te lleva al lugar u objeto
- expresiones faciales
- "lenguaje propio"
- usando palabras
- usando oraciones

Por favor indique las áreas de dificultad que observa:

#### **Idioma**

##### **Comprensión**

- Entender el vocabulario
- Siguiendo instrucciones
- Recordar lo que le dices
- Escuchar y entender lo que le dicen

##### **Hablando**

- Combinar palabras (usa 2 o más palabras para formar frases u oraciones)
- Usando vocabulario /olvidando palabras
- Usando gramática

### Comunicación social

- \_\_\_ Seguir las reglas de conversación (iniciar una conversación, tomar turnos, permanecer en el tema)
- \_\_\_ Haciendo contacto visual
- \_\_\_ Hacer amigos / llevarse bien con los demás

### Habla

- \_\_\_ Decir palabras claramente, pronunciando sonidos
- \_\_\_ Decir palabras suavemente
- \_\_\_ La voz suena ronca o nasal

### Audición

- \_\_\_ Escuchando lo que dice la gente en una conversación
- \_\_\_ Poniendo la TV más alto que el promedio

### Leyendo / Escribiendo

- \_\_\_ Reconocer o "pronunciar" palabras al leer
- \_\_\_ Comprensión de lectura
- \_\_\_ Deletrear
- \_\_\_ Escritura a mano
- \_\_\_ Escribiendo oraciones, historias, informes

### Atención / Organización

- \_\_\_ Pierde interés en las actividades rápidamente (por ejemplo, sentarse, leer, jugar)
- \_\_\_ Organizar la tarea y el trabajo escolar en una mochila, armario escolar, carpetas
- \_\_\_ Recordar traer tareas a casa
- \_\_\_ Recordar entregar trabajo de casa/tareas
- \_\_\_ Iniciando y completando tareas en el hogar de manera independiente
- \_\_\_ Completar tareas en el hogar dentro de los marcos de tiempo esperados

### HISTORIAL DE NACIMIENTO

A término	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Si no, duración del embarazo:
Complicaciones	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Explíquelo por favor:
Adoptado	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Edad en adopción:

## HISTORIAL MÉDICO

Enumere todos los diagnósticos, enfermedades graves, lesiones u hospitalizaciones y fechas:

---

---

¿Su hijo(a) tiene un historial de infecciones de oído?  SI  NO

¿Cuándo fue la infección más reciente? \_\_\_\_\_

¿Le han examinado la audición a su hijo?  SI  NO

Si sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

Si es así, ¿cuáles fueron los resultados? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido alguna vez su hijo(a) tubos de igualación de presión en los oídos?  SI  NO

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) tiene visión normal?  SI  NO

Explíquelo por favor: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) toma algún medicamento?  SI  NO

Por favor enumere: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL DEL DESARROLLO

¿Ha tenido su hijo(a) alguna dificultad para alimentarse o tragar (por ejemplo, babeo, masticación)?  SI  NO

Explíquelo por favor: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo(a) alguna dificultad con el desarrollo de habilidades motoras (por ejemplo, sentarse, caminar, ir al baño, usar una taza / utensilios, dibujar, escribir, coordinar en general, correr)?  SI  NO

Explíquelo por favor: \_\_\_\_\_

¿A qué edad hizo su hijo(a) lo siguiente?				
<b>Balbucear</b> (usa consonante + vocal repetida una y otra vez, por ejemplo, ga-ga, pa-pa)  <input type="checkbox"/> 6-9 meses <input type="checkbox"/> 10-12 meses <input type="checkbox"/> 13-15 meses <input type="checkbox"/> otro: _____	<b>Jerga</b> (suena como una oración pero no contiene palabras reales)  <input type="checkbox"/> 6-12 meses <input type="checkbox"/> 12-18 meses <input type="checkbox"/> 18+ meses <input type="checkbox"/> otro: _____	<b>Dijo Primeras Palabras</b> ejemplos: _____ _____ _____  <input type="checkbox"/> 9-12 meses <input type="checkbox"/> 12-15 meses <input type="checkbox"/> 16-18 meses <input type="checkbox"/> 19-24 meses <input type="checkbox"/> otro: _____	<b>Combina 2 o 3 palabras</b> ejemplos: _____ _____ _____  <input type="checkbox"/> 19-24 meses <input type="checkbox"/> 2-2 ½ años <input type="checkbox"/> 2 ½ -3 años <input type="checkbox"/> 3-3 ½ años <input type="checkbox"/> otro: _____	<b>Dijo Frases</b>  <input type="checkbox"/> 2-2 ½ años <input type="checkbox"/> 2 ½ -3 años <input type="checkbox"/> 3-3 ½ años <input type="checkbox"/> 3 ½-4 años <input type="checkbox"/> 3 ½-4 años <input type="checkbox"/> otro: _____

### HISTORIAL FAMILIAR

¿Hay alguna historia de dificultades de habla, lenguaje, aprendizaje o comunicación en la familia?

SI  NO

Explique por favor: \_\_\_\_\_

¿Quién regularmente pasa tiempo con su hijo(a)?						
Por favor, incluya a los padres, abuelos, hermanos, proveedores de cuidado, etc.						
NOMBRE	RELACION	EDAD	EDUCACION	OCUPACION	IDIOMAS QUE HABLA CON EL PACIENTE	¿ESTA PERSONA VIVE EN CASA?
						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

## IDIOMAS HABLADOS

¿Qué idiomas se hablan en casa? (por favor marque todos los que apliquen)

inglés  portugués  árabe  otro (por favor liste): \_\_\_\_\_

Si su hijo(a) escucha o habla más de un idioma, complete lo siguiente. Si no, proceda a la sección **SERVICIOS RECIBIDOS**.

IDIOMA	LA COMPRENCION ES	ABILIDAD DE HABLAR ES	CALCULE EL PORCENTAJE DE TIEMPO QUE US ESTE IDIOMA
	Bueno Media Pobre	Bueno Media Pobre	%
	Bueno Media Pobre	Bueno Media Pobre	%
	Bueno Media Pobre	Bueno Media Pobre	%

¿Cuál es el idioma preferido de los padres? \_\_\_\_\_

Si su hijo(a) oye o usa más de un idioma, ¿se notan los problemas en ambos / todos los idiomas?

SI  NO

Explique por favor: \_\_\_\_\_

¿Dónde estuvo su hijo(a) primero expuesto al inglés?  Casa  Guardería  Escuela  Otro:

¿Cuándo fue su hijo(a) primero expuesto al inglés?

## SERVICIOS RECIBIDOS

¿Ha tenido su hijo(a) alguna evaluación previa?

Neuropsicológico	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fecha:	Terapia ocupacional	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fecha:
Habla-Lenguaje	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fecha:	Terapia física	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fecha:
Pruebas educativas	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fecha:	Otro:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fecha:

¿Qué servicios recibe / recibió su hijo(a)?

	Actualmente	Pasado
Habla-Lenguaje	_____	_____
Terapia física	_____	_____
Terapia ocupacional	_____	_____

¿Qué servicios recibe / recibió su hijo(a)?

	Actualmente	Pasado
Especialista en desarrollo	_____	_____
Grupo de juego	_____	_____
Apoyo de Lectura y Escritura	_____	_____
Apoyo matemático	_____	_____
Apoyo académico	_____	_____
Servicios ELL (Aprendizaje del Idioma Inglés)	_____	_____
Consejería	_____	_____
Servicios Intensivos (ABA/Building Blocks/ESDM, DIR/Floor Time)	_____	_____
Terapia de comportamiento	_____	_____
Intervención Temprana (desde el nacimiento hasta los 3 años)	_____	_____
Si está inscrito actualmente, cual es el nombre del lugar y quien es el coordinador(a):		
_____		
Otro:	_____	_____
_____		

¿Está su hijo inscrito en una guardería o escuela?

Guardería

Escuela

Ninguna

Nombre de Escuela	Tipo de programa	¿Días/Horas por semana?	Lenguaje(s) hablados	¿Tiene su hijo(a) uno de estos programas?
<b>Nombre:</b>  <b>Ciudad:</b>  <b>Grado escolar:</b>	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Integrado <input type="checkbox"/> Ayuda con lenguaje <input type="checkbox"/> Clase separado <input type="checkbox"/> Escuela privada			<input type="checkbox"/> Individualized Education Program (IEP) - <i>Fechas:</i> _____ <input type="checkbox"/> 504 Plan – <i>Fechas:</i> _____ <input type="checkbox"/> Ninguno

Por favor, enumere cualquier otra información que considere que puede ser útil: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_