

## ¡Bienvenidos a Bi-County!

Gracias por programar una evaluación con nosotros. Antes del día de su cita, le pedimos de favor que llene este formulario y nos lo envíe a la brevedad en forma digital.

Es importante que ustedes conozcan la siguiente información:

Después de que la evaluación sea realizada, la terapeuta requiere de 48 horas para finalizar la documentación correspondiente. Esa documentación será enviada directamente a su médico para que la firme y una vez firmada, será enviada a la compañía aseguradora para que la autorice. Con esa autorización, nuestro personal administrativo se pondrá en contacto con ustedes para ofrecerles, dentro de los horarios disponibles, los más convenientes para ustedes y poder programarlos en nuestro calendario de trabajo.

### FORMULARIO DIGITAL DE ADMISIÓN

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha programada de evaluación: \_\_\_\_\_

**NÚCLEO FAMILIAR:** marque y nombre las personas con las que el niño(a) vive

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Nombre y edades de los hermanos(as):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Idioma(s) que se habla(n) en el hogar: \_\_\_\_\_

Tipo de disciplina que tienen en casa

adecuada

permisiva

estricta

inconsistente

**HISTORIA PRENATAL:**

Semanas de gestación: \_\_\_\_\_ Peso al nacer: \_\_\_\_\_ Longitud al nacer: \_\_\_\_\_

Complicaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DESARROLLO:**

Edad en la que su hijo(a)

Gateó \_\_\_\_\_ Caminó \_\_\_\_\_ Balbuceó \_\_\_\_\_ Produjo sus primeras palabras \_\_\_\_\_

Marque si su hijo tiene alguna de las siguientes aversiones:

Olfativas       Auditivas       Táctiles       Gustativas   
Lavado de Cara       Cepillado de los dientes       Comida

Marque su comportamiento característico:

Amigable       Tímido       Sensible       Sociable

**MARQUE POR FAVOR CUALQUIERA DE LAS RAZONES QUE LO INCLINARON A BUSCAR AYUDA:**

- Preocupaciones de tipo académico       Irregularidades en el procesamiento sensorial
- Retraso en el desarrollo motor fino/grueso  Retraso en habilidades sociales
- Problemas de atención       Retraso general en el desarrollo
- Preocupaciones con el comportamiento       Preocupaciones con el habla
- Preocupaciones con el lenguaje       Procesamiento de información
- Preocupaciones con la fluidez       Preocupaciones con la voz
- Problemas en su alimentación

**HISTORIA MÉDICA:** Marque por favor cualquier condición médica de la que tenga conocimiento

- Problemas de audición       Afecciones cardiacas       Alergias
- Diabetes       Dificultades al respirar       Asma
- Infecciones recurrentes de oído       Convulsiones       Reflujo
- Otros: \_\_\_\_\_

Su hijo ha visitado a un Neurólogo?  SI  NO

¿Su niño(a) tiene un diagnóstico médico?

Si  No

**Si la respuesta es sí, por favor indique cuál es el diagnóstico:** \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS:**

¿Consume algún medicamento? ¿Cuál?: \_\_\_\_\_

No consume ningún medicamento al momento.

**FORMA(S) ACTUALES DE COMUNICACIÓN:**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gestos               | <input type="checkbox"/> Dirección física     | <input type="checkbox"/> Vocalizaciones  |
| <input type="checkbox"/> Balbuceo             | <input type="checkbox"/> Jerga                | <input type="checkbox"/> Ecolalia        |
| <input type="checkbox"/> 1- palabra           | <input type="checkbox"/> Frases Ocasionales   | <input type="checkbox"/> Equipo Asistido |
| <input type="checkbox"/> Frases de 2 palabras | <input type="checkbox"/> Mezcla dos idiomas   | <input type="checkbox"/> Oraciones       |
| <input type="checkbox"/> Lenguaje de señas    | <input type="checkbox"/> Equipo de CAA: _____ |  |
| <input type="checkbox"/> Otras formas:        |   |  |

**VISIÓN:**

- |                                   |   |   |
|-----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Normal   | <input type="checkbox"/> Impedimento visual | <input type="checkbox"/> Utiliza espejuelos |
| <input type="checkbox"/> Nistagmo | <input type="checkbox"/> Estrabismo         |   |
| <input type="checkbox"/> Suave    | <input type="checkbox"/> Espasmódico        | <input type="checkbox"/> Convergencia       |
- Movimiento del ojo siguiendo un objeto:  horizontal  vertical
- Otro: \_\_\_\_\_

**AUDICIÓN:**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Normal                 | <input type="checkbox"/> Impedimento auditivo | <input type="checkbox"/> Utiliza auxiliares auditivos |
| <input type="checkbox"/> Procesamiento auditivo |   |   |

**EDUCACIÓN:**

- |                                  |   |                                |
|----------------------------------|---|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> Cuido/Preescolar | <input type="checkbox"/> Hogar |
|----------------------------------|---|--------------------------------|

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

¿Ha sido su niño(a) evaluado(a) por el distrito escolar? \_\_\_\_\_

¿Actualmente su niño (a) tiene?:  IEP  IFSP

otro:

**Si lo tiene, por favor entregue una copia en la cita de la evaluación inicial.**

**PREVIAS INTERVENCIONES:**

sí ha recibido                       no ha recibido

Ha recibido:

Terapia:  del Habla    Ocupacional               Física               de comportamiento (ABA)

Actualmente ( x/wk)

Anteriormente ( x/wk)

Otras terapias: \_\_\_\_\_

**ALIMENTACIÓN:**

Utiliza utensilios para comer

¿Qué usa para beber?

Botella

Vaso de entrenamiento

Vaso regular

Su hijo(a) tolera

Variedad de texturas

Limitadas texturas en la comida

¿Se ahoga al comer o beber?       Si    No      ¿Con qué frecuencia?

**OBSERVACIONES SOBRE EL COMPORTAMIENTO SOCIAL:**

Auditiva y visualmente alerta y atento(a)

Auditiva y visualmente alerta pero inatento(a)

Lapso de atención apropiado para su edad

Lapso de atención corto

Comportamiento apropiado para atender

Hiperactivo(a)

Cooperador(a)

Poco cooperador(a)

Amigable

Se frustra fácilmente

Sociable

Inmaduro(a)

Interactivo(a)

Poco atento(a)

Pobre contacto visual

Distráido(a)

Ansiedad de separación

Impulsivo(a)

Comportamiento adecuado

\_\_\_\_\_

Afecto restrictivo

Afirmo que la información en este documento es verdadera y precisa.

Nombre de la persona que llenó el formulario: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_