



# Achievement Therapy Center, LLC



235 E. 9th Ave. Anchorage, Alaska 99501  
Phone: 907-334-9001 Fax: 907-868-8657  
Email: office@aktherapyforkids.com  
Website: aktherapyforkids.com

**Ingesta de habla/lenguaje**

**Nombre del paciente** \_\_\_\_\_

¿A qué edad demostró su hijo lo siguiente (estimación):

\_\_\_\_\_ Arrullo, sonidos de placer \_\_\_\_\_ Balbuceos (ba-da, da-da) \_\_\_\_\_ Jerga (lenguaje especial propio)

\_\_\_\_\_ Palabras sueltas \_\_\_\_\_ Frases (adiós, más jugo) \_\_\_\_\_ Oraciones cortas

¿Su hijo...

\_\_\_\_\_ ¿Repetir sonidos, palabras o frases una y otra vez?

\_\_\_\_\_ ¿Entiendes lo que estás diciendo?

\_\_\_\_\_ ¿Recuperar/señalar objetos comunes a pedido (pelota, taza, zapato)?

\_\_\_\_\_ seguir instrucciones simples ("Cierra la puerta" o "Consigue tus zapatos")?

\_\_\_\_\_ ¿Responder correctamente a preguntas de sí/no?

\_\_\_\_\_ responder correctamente a las preguntas quién/qué/dónde/cuándo/por qué?

Su hijo actualmente se comunica usando...

\_\_\_\_\_ lenguaje corporal \_\_\_\_\_ sounds (vocales, gruñidos) \_\_\_\_\_ words (zapato, perrito, arriba)

\_\_\_\_\_ oraciones de 2 a 4 palabras \_\_\_\_\_ sentences más de cuatro palabras

Otro \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia diría que entiende el habla de su hijo? Menos del 50% del tiempo \_\_\_\_\_ 50%-75% del tiempo \_\_\_\_\_ 75%-100% del tiempo \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha recibido o ha sido evaluado para alguna otra terapia? No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ ¿Dónde, cuándo y para qué terapia? \_\_\_\_\_

¿Resultados de la evaluación? \_\_\_\_\_

### Oral / Alimentación

¿Algún problema de alimentación cuando era bebé? Sí No ¿Tenía cólicos? Sí No

En caso afirmativo, por cuánto tiempo

¿Cuándo hizo su hijo la transición a la alimentación con cuchara? \_\_\_\_ ¿Toleró: \_\_\_\_ Primera etapa

\_\_\_\_ Etapa dos \_\_\_\_ Stage tres \_\_\_\_ Texturas mixtas \_\_\_\_ Puré de horquilla \_\_\_\_ Meltables

Cualquier historial de lo siguiente:

Neurológico:

\_\_\_\_ Anomalía del SNC \_\_\_\_ Trauma \_\_\_\_ Convulsiones \_\_\_\_ Hidrocefalia

\_\_\_\_ Microcefalia \_\_\_\_ Meningitis \_\_\_\_ Parálisis cerebral

Respiratorio:

\_\_\_\_ Neumonía \_\_\_\_ Bronquiolitis \_\_\_\_ Sinusitis \_\_\_\_ DBP (displasia broncopulmonar)

\_\_\_\_ Apnea \_\_\_\_ Laringomalacia \_\_\_\_ Traqueomalacia \_\_\_\_ Estridor

\_\_\_\_ Oxígeno \_\_\_\_ %, duración necesaria \_\_\_\_ Ventilador

Gastrointestinal:

\_\_\_\_ ERGE \_\_\_\_ Esofagitis \_\_\_\_ Retraso en el crecimiento \_\_\_\_ Síndrome del intestino corto

\_\_\_\_ Estreñimiento \_\_\_\_ Vómitos \_\_\_\_ Cambios en la fórmula

¿Su hijo evita algún alimento?

¿Su hijo parece demasiado sensible a los olores? Sí No

¿Qué tipos de alimentos le gustan a su hijo?

¿Su hijo tiene algún problema para alimentar/tragar? Sí No En caso afirmativo, sírvase describir

## Comportamiento/temperamento

Por favor, describa la personalidad de su hijo

¿Cómo manejas los problemas de comportamiento o las rabietas en tu casa?

¿Su hijo tiene rabietas Sí No Con qué frecuencia?

¿Su hijo es madrugador o tarda en ponerse en marcha?

¿A su hijo le gusta una rutina? Sí No

¿Le molestan las pausas en la rutina? Sí No

¿Puede su hijo jugar solo? Sí No

¿Su hijo juega solo todo el tiempo? Sí No

¿Con quién prefiere jugar su hijo?

¿Su hijo demuestra comportamientos autoestimulantes? Sí No

En caso afirmativo, sírvase describir

¿Su hijo duerme toda la noche? Sí No ¿Su hijo se despierta durante la noche? Sí No

¿Su hijo duerme en su propia cama? Sí No ¿Su hijo tiene dificultad para dormir? Sí No

¿Cuáles son los juguetes favoritos de su hijo?

¿Dónde le gusta jugar?

¿Su hijo tiene algún juego o actividad favorita?