



Ingesta de Habla y Lenguaje

Nombre del paciente: _____

Describa sus preocupaciones actuales sobre el habla/lenguaje:

¿Cuáles son sus metas del habla/lenguaje para su hijo?

¿Cómo se comunica principalmente su hijo?

- Mirada
- Lloriqueo/llanto
- Balbuceos (A.G., "Bababa", "Babadada", etc.)
- Jerga (suena como su propio idioma)
- Alcanzar objetos
- Acercar objetos
- Guiándote a los objetos
- Frases de libros/canciones/videos
- Palabras sueltas o aproximaciones de palabras
- Frases cortas
- Oraciones completas
- Otro: _____

Aproximadamente cuántas palabras dice su hijo:

- 0 1-10 11-50 >50

¿Cuánto del discurso de su hijo entiende usted *con el contexto* (cuando sabe de qué está hablando)?

- Menos del 50% 50-75% 75-100%

¿Cuánto del discurso de su hijo entiende usted *sin contexto*?

- Menos del 50% 50-75% 75-100%

¿Su hijo tiene antecedentes familiares de:

- Retraso/trastorno del lenguaje Retraso/trastorno del habla Tartamudear
- TDAH (Trastorno por déficit de atención con con Autismo Dislexia:

Otro:

Describa la personalidad de su hijo:

¿Cuáles son los juguetes/actividades favoritos de su hijo?

¿Con quién prefiere jugar su hijo?

- Por sí mismos Hermanos/primos Padres
- Amigos Otro:

¿Su hijo...

Demuéstrele que entiende cuando usted anuncia rutinas familiares (p. ej., "hora de acostarse", "hora de bañarse", "hora de merendar", etc.).	Sí No
¿Sigue instrucciones de seguridad como "no" o "alto"?	Sí No
¿Siga instrucciones sencillas cuando señale o haga otro gesto (p. ej., "recójalos")?	Sí No
¿Seguir instrucciones sencillas sin ayuda?	Sí No
¿Seguir instrucciones más complejas o de dos partes (por ejemplo, "ve a tu habitación y toma tus calcetines")?	Sí No
¿Responder preguntas de sí/no con precisión?	Sí No
¿Responder con precisión a las preguntas de quién/qué/dónde?	Sí No

¿Su hijo tiene alguna dificultad para alimentarse (p. ej., come alimentos sólidos, no come ciertos grupos de alimentos, come alimentos <20, diferencias sensoriales, etc.)?

Sí No

En caso afirmativo, describa:
