



INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre	DOB:	Nombre del cuidador:
Dirección:		
Dirección de correo electrónico de los padres:		
Número de teléfono:	Fecha de referencia:	
El niño vive con:	Hermanos en la casa: si es así, indique las edades	
Nombre:	Nombre:	Edad:
Nombre:	Nombre:	Edad:
	Nombre:	Edad:
	Nombre:	Edad:
Rutina diaria del niño: por favor, marque con un círculo	Casa con familia	Educado en casa
Escuela: En caso afirmativo, sírvase especificar	Guardería: en caso afirmativo, especifíquese	Otro:
Idioma principal hablado en el hogar:	Otros idiomas, si procede:	Idioma preferido del niño:



Janiellecraig@homegrowntherapyswfl.com



239-478-7059



SEGURO

Seguro:	ID de miembro:	Nombre del titular de la póliza y fecha de nacimiento:
---------	----------------	--

Seguro secundario:	ID de miembro e ID de grupo	Nombre del titular de la póliza y fecha de nacimiento
--------------------	-----------------------------	---

INFORMACIÓN MÉDICA

Pediatra:	Teléfono del pediatra:	Última comprobación del pozo:
Número de fax del pediatra:	Diagnóstico:	
Gestación:	Entrega:	Peso al nacer:
Hospitalizaciones:	Es así fecha:	Cirugías:
Terapias adicionales:	Ubicación de la terapia:	Día y hora de la terapia:
Alergias:		¿Su hijo tiene alguno de los siguientes síntomas?
Medicamentos:		Gafas _____ Audífonos _____ Silla de ruedas _____ G-tube _____ Visual Impairments _____



Janiellecraig@homegrowntherapyswfl.com



239-478-7059



	Emocional/behavioral _____
<p>Otros especialistas:</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Nombre: _____</p>	<p>Número de teléfono: _____</p>

HITOS DEL DESARROLLO

Hito	Edad alcanzada:	Cualquier complicación:
Rolled over		
Sentado sin soporte		
Se arrastró sobre las manos y las rodillas		
Caminó sin soporte		
Botella sostenida		
Comimos purés		
Pequeños sólidos alimentados con el dedo		
Bebió de una taza abierta		
Entrenado para ir al baño		



Janiellecraig@homegrowntherapyswfl.com



239-478-7059



Principales preocupaciones:		
¿Cuántas horas de tiempo frente a la pantalla por día participa su hijo?	¿Está bien su hijo si le quitan la pantalla / la batería se agota?	¿Tableta / teléfono / o televisión como forma principal de pantalla?
Por favor, marque con un círculo debajo de las rutinas en las que su hijo es independiente:		
Apósito: Calcetines Pantalones cortos Camisas Cremalleras Botones Encaje Calzado Atar zapatos	Alimentación: Beber de una taza abierta Paja Tenedor Cuchara Cuchillo Preparación de comidas sencillas Apertura de paquetes de snacks	Higiene: Cepillarse los dientes Aseo Gestión de la ropa para ir al baño Cepillado del cabello Baño en ducha (cuerpo y champú) Lavado de manos



Janiellecraig@homegrowntherapyswfl.com



239-478-7059



ALIMENTACIÓN

<p>¿Alguna preocupación sobre la alimentación? Si su hijo tiene problemas significativos de alimentación , complete la evaluación de alimentación.</p>		
<p>¿Clasificarías a tu hijo como quisquilloso para comer?</p>	<p>¿Su hijo tolera jugar con una variedad de texturas?</p>	<p>¿Su hijo necesita ayuda con la alimentación? Si es así , ¿cómo?</p>
<p>¿Su hijo se chupa el pulgar/los dedos?</p>	<p>¿Objetos bucales?</p>	<p>¿Su hijo usa un chupete?</p>



Janiellecraig@homegrowntherapyswfl.com



239-478-7059



<p>¿Alguna preocupación sobre cómo su hijo maneja las actividades en la comunidad?</p>		
<p>¿ Su hijo tiene dificultades para tolerar la ropa? Si es así , ¿cómo?</p>	<p>¿Hora en que su hijo se va a dormir y se despierta por la mañana?</p>	<p>¿Algún problema para dormir?</p>
<p>¿Puede su hijo dormirse sin fuentes externas (por ejemplo, mecedor, música, manta pesada, biberón, etc.)?</p>	<p>¿Cuánto tiempo puede sentarse su hijo para asistir a una actividad?</p>	<p>¿Clasificaría a su hijo como más activo que otros niños?</p> <p>En caso afirmativo , ¿interfiere con la escuela o la vida familiar?</p>
<p>Por favor, marque en un círculo a continuación si ha observado a su hijo haciendo cualquiera de los elementos a continuación CON FRECUENCIA</p>		
<p>Cubrirse los oídos de ciertos ruidos</p> <p>Repetir sonidos de juguetes en estrecha sucesión</p> <p>Se distrae/abruma en entornos ocupados</p> <p>Se topa con objetos</p> <p>Corre y choca contra muebles</p> <p>Evitar tocar diferentes texturas</p>	<p>Gira el cuerpo en círculos</p> <p>Cuerpo de rocas hacia adelante y hacia atrás</p> <p>Mira la televisión al revés en el sofá</p> <p>Dificultad para sentarse para las actividades</p> <p>Rechina los dientes</p> <p>Dificultad para dormir</p>	<p>Camina de puntillas</p> <p>Relojes objetos giran / hacen girar ruedas</p> <p>Miedo a los columpios / toboganes</p> <p>Mastica juguetes/ropa</p> <p>Caídas frecuentes</p> <p>Manos con solapas</p> <p>Prefiere acostarse a jugar</p>



Janiellecraig@homegrowntherapyswfl.com



239-478-7059