**Gracias por programar una evaluación con nosotros. Favor de completar y enviarnos la siguiente documentación antes del día de su cita. Hay algunas cosas que queremos que sepa:**

.

**Por favor traiga medias. Nuestra facilidad no permite zapatos cuando estamos adentro del área de tratamiento.**

**Además, la evaluación requiere 48 horas para ser escrita por el terapeuta. Una vez que haya sido escrito por el terapeuta, debemos enviarlo a su médico para que lo firme.**

**Cuando el medico lo envíe, debemos remitir la evaluación al Seguro para su autorización.**

**Cuando obtengamos la autorización, uno de los miembros de nuestro personal se comunicará con usted para agregarlo a la agenda de servicios.**

**FORMULARIO DE ADMISION**

**Nombre del paciente:**

**Fecha de nacimiento:**

**Día de la visita :**

**\* Por favor tome un tiempo para completar la información a continuación. Le pedimos que devuelva la información digitalmente, para que tengamos la información antes de la hora de la cita de evaluación. Gracias.**

**HISTORIAL FAMILIAR:**

 El niño vive con:

Madre \_Padre Hermanos/as, nombres y edades: , , \_,

 Lenguaje que se habla en el hogar: , ,

 Disciplina: adecuada permisiva estricta inconsistente

**HITOS DE DESARROLLO:**

Edad: gateó , caminó , balbuceó \_, primeras palabras

Aversión: tacto

olfato

sonidos

gusto

lavado de cara cepillar los dientes

comida other:

Comportamiento: amigable timido sociable emocional

**REASON FOR REFERRAL:**

Preocupaciones académicas

Irregularidades en el procesamiento sensorial

Retraso en motor fino/grueso

Retraso en destrezas sociales

Problemas de atención

 Retraso 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

Alimentación

**HISTORIAL PRENATAL**:

Semanas de gestación: Peso al nacer: Medida al nacer:

Complicaciones:

**HISTORIAL MEDICO**:

Dificultad con la audición Problemas de corazón Diabetes Alergias

Problemas al respirar Asma Infecciones recurrentes de oído

convulsiones reflujo otros : ¿Alguna vez su hijo a visitado a un Neurólogo? SI NO

**MEDICAMENTOS:**

¿Consume algun medicameto? ¿Cuál?:

No consume ningún medicamento al momento.

**FORMA/S ACTUALES DE COMUNICARSE:**

Gestos Dirección física Vocalizaciones

Balbuceo Jerga Ecolalia

1- palabra Frases Ocasionales Equipo Asistivo

Frases de 2 palabras Cambio de codigo

Oraciones Other:

**VISION**

Normal Impedimento visual Utiliza espejuelos Nistagmo

Estrabismo Tracks Horizontally Tracks Vertically

Smooth/Jerky Convergence Other:

**AUDICION**

Normal Impedimento auditivo Utiliza audifonos

 Lenguaje de señas Procesamiento auditivo

Equipo de CAA:

**EDUCACION:**

Escuela Cuido/Preescolar Hogar

Nombre de la escuela:

 ¿Ha sido su niño/a evaluado por el distrito escolar?

 ¿Actualmente su niño tiene?: IEP IFSP

otro:

o

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

¿Su niño/a ha sido diagnosticado?

Si No

o Si la respuesta es si, por favor indique cual:

**PREVIAS INTERVENCIONES** No ha recibido previas intervenciones\

Ha recibido:

**Terapia:**

TO Actualmente ( x/wk) Anteriormente ( x/wk) TF Actualmente ( x/wk) Anteriormente ( x/wk)

TH Actualmente ( x/wk) Anteriormente ( x/wk)

Otras :

**ALIMENTACION/ AREA ORAL MOTORA**:

Utiliza utensilios para comer

Bebe de : (Botella/vaso de entrenamiento / vaso regular)

Tolera (Variedad/Limite) de texturas en la comida: ? ¿Se ahoga al comer o beber? S N ¿Cuan frecuente?

**OBSERVACIONES SOBRE EL COMPORTAMIENTO SOCAL:**

Auditivo/viaulmente alerta y atento Auditory/visually alert yet inattentive

Lapso de atención apropiado para su edad Lapso de atención corto

Comportamiento apropiado para atender y responder

Cooperador/a Poco cooperador

Amigable Se frustra facilmente

Sociable Inmaduro/a Interactivo/a Poca interacion Pbre contacto visual

 Despego de los familiares adecuado Hiperactivo

Comportamiento adecuado Distraido

Afecto restrictivo Impulsivo

Ansiedad al despegarse de familiares Otro

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

Name of person filling out this form Relation to patient

Name of person filling out this form Relation to patient