

# S.E.E.DS. of the Willistons Inc.

129A Hillside Avenue • Williston Park, NY 11596 • (516) 742-5243

Al completar toda la información solicitada, podremos servicio mejor sus necesidades.

**Toda voluntad de informaciones se mantiene en estricta confidencia**

Para uso de oficina solamente:

Fecha de evaluación y Therapist \_\_\_\_\_ de Time \_\_\_\_\_

## Formulario de admisión secundario antecedentes

### Información de identificación

Nombre completo del cliente: \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Cronológica edad (años y meses) \_\_\_\_\_

Dirrecion: \_\_\_\_\_

Código de Estado/Código postal: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE/TUTOR:**

@ \_\_\_\_\_

¿Deseas que corresponden con usted por correo electrónico?  SI  NO

Referido por: \_\_\_\_\_ Afiliación \_\_\_\_\_

Razón de devolución: Describa las preocupaciones que usted tiene en cuanto a habilidades de habla/lenguaje/social de su niño? \_\_\_\_\_

¿Cuándo era este problema primero notado y por quién? \_\_\_\_\_

**Información familiar**

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Idiomas hablados: \_\_\_\_\_

Dirección (si diferente del cliente): \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ educación nivel: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Cell teléfono: \_\_\_\_\_

Inicio teléfono (si es diferente del cliente) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico (si es diferente que en la página uno) \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Idiomas hablado: \_\_\_\_\_

Dirección (si difiere de la cliente): \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Educación nivel: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Cell teléfono: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: (si es diferente del cliente) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: (si es diferente que en la página uno) \_\_\_\_\_

Nombres y edades de los hermanos:

Nombre	Edad	Sexo	¿Problemas de lenguaje?	Observaciones

¿Hay algún otro antecedente familiar de lenguaje o problemas de aprendizaje?

\_\_\_\_\_

**Prenatal y nacimiento historia**

Salud general de la madre durante el embarazo (describir cualquier enfermedades, accidentes, medicamentos, etc..)

\_\_\_\_\_

Compruebe que cualquier factores y condiciones que se han aplicado a su embarazo:

- \_\_\_ Drogas uso
- \_\_\_ Rx medicación
- \_\_\_ Gestacional diabetes
- \_\_\_ alcohólico uso
- \_\_\_ hipertensión
- \_\_\_ Diabetes
- \_\_\_ De fumar
- \_\_\_ Reposo en cama
- \_\_\_ Insulina

Duración de la gestación: \_\_\_\_\_ del trabajo: \_\_\_\_\_

Tipo de entrega: \_\_\_\_\_ peso al nacer: \_\_\_\_\_

¿Hubo algunas condiciones/complicaciones inusuales que pueden haber afectado el embarazo antes, durante o después del nacimiento? \_\_\_\_\_ sí, por favor explique \_\_\_\_\_

### **Historia clínica**

Médico \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Disciplina: \_\_\_\_\_

¿Quieres que su médico reciba una copia de la evaluación? \_\_\_ Si \_\_\_ No

Su hijo ha sido diagnosticado con cualquier diagnóstico específico? \_\_\_\_\_ Si por lo tanto, por favor describa su diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tenido su hijo o actualmente experimenta alguno de los siguientes?.

Condición	Edad	Tratamiento	Condición	Edad	Tratamiento
Alergias Y N			Problemas de corazón Y N		
Asma Y N			Deficiencia inmune Síndrome Y N		
Polio Pox Y N			Meningitis Y N		
Problemas craneofaciales Y N			Músculo desorden Y N		
Convulsiones / Convulsiones Y N			Trastorno de nervios Y N		
Problemas dentales Y N			Neumonía Y N		
Infecciones de oído Y N			Infecciones respiratorias Y N		
Encefalitis Y N			Amigdalitis Y N		
Dolores de cabeza Y N			Problemas de visión Y N		
Lesiones de cabeza Y N			Otros: _____		

¿Su niño toma algún medicamento? \_\_\_\_\_ en caso afirmativo, por favor indique nombre, resistencia, frecuencia y para qué condición. \_\_\_\_\_

¿Ha habido alguna reacción negativa a medicamentos? \_\_\_ en caso afirmativo, sírvase precisar la respuesta.

¿Su hijo ha tenido alguna cirugía? \_\_\_\_\_ ¿a qué edad? \_\_\_\_\_ Tipo de operacion \_\_\_\_\_

Describir cualquier principales accidentes, hospitalizaciones, enfermedades o enfermedades

A hacedo evaluado o se tratado por cualquiera de los siguientes médicos especialistas:  
 Audiólogo \_\_\_\_\_ Psychologist \_\_\_\_\_ Orthodontist \_\_\_\_\_ Neurologist \_\_\_\_\_ Phycial Therapist \_\_\_\_\_  
 Trabajo Therapist \_\_\_\_\_ otorrinolaringólogo (ENT) \_\_\_\_\_ otros (especificar) \_\_\_\_\_

Nombre del especialista: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
 Dirrecion: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_  
 La fecha visto a: \_\_\_\_\_ Rason \_\_\_\_\_

Nombre del especialista: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
 Dirrecion: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_  
 La fecha visto a: \_\_\_\_\_ Rason \_\_\_\_\_

\*\*\* Por favor proporcione copias de los informes que contienen relevante información que le ayude a evaluar a su niño \*\*\*

**Historia del desarrollo**

A lo mejor de su capacidad, sírvase indicar cuando su hijo primero demostró lo siguiente:

Habilidad	Edad	Habilidad	Edad
Arrastre		Utiliza preguntas sencillas	
Permanente (sin asistencia)		Frases ("cookie más")	
Auto alimentación (con utensilio)		Caminando (sin asistencia)	
Esfínteres (día)		Sentado (sin asistencia)	
Balbucea		Utiliza palabras sueltas	
Primeras palabras		Usa oraciones (Quiero )	
Nombres de objetos simples		Vestido del uno mismo	
En diálogos		Esfínteres (noche)	

¿Hay alguna sospecha de una pérdida auditiva? \_\_\_\_\_ ¿Su hijo oír nunca ha probado? \_\_\_\_\_

Si es así, dónde y Cuándo fue el examen hace? \_\_\_\_\_

¿Cuáles fueron los resultados y recomendaciones de la prueba? \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene alguna dificultad para caminar, correr o participar en actividades que requieren coordinación muscular pequeños o grandes? Si es así, por favor describa \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene problemas con la comida? \_\_\_\_\_ Si es así, por favor expilan \_\_\_\_\_

¿Su niño es sensible a cualquier tipo de ropa, etiquetas de ropa, texturas, etc.? \_\_\_\_\_

Su hijo interactúa en: pulgar chupando \_\_\_\_\_ Rechinar los dientes \_\_\_\_\_ Babeo \_\_\_\_\_  
Nauseas \_\_\_\_\_ temperamento rabieta \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Describir las respuestas de su hijo a sonidos fuertes (sirenas, cantando, alarmas, timbre, vacío, etc.).

### **Perfil de comunicación actual**

¿Cuál de los siguientes mejor describe habla de su niño? (marque todas las que apliquen)

- Fácil de entender
- Dificult para los padres a entender
- Dificult para que otros puedan entender
- Casi nunca entendido por otros
- Diferente de otros niños de la misma edad

¿Su hijo tiene problemas para producir ciertos sonidos? \_\_\_\_\_ si "sí", cuáles? \_\_\_\_\_

¿Su hijo vacilan o repetir sonidos o palabras? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Su hijo "atascarse" al tratar de decir una palabra? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Su hijo es consciente de sus dificultades de comunicación? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ no está seguro

Si "sí", de qué esta conciencia impacta en estado social/emocional del niño? \_\_\_\_\_

¿Cuál de las siguientes crees que el niño entienda? (Marque todas las que apliquen)

<input type="checkbox"/> Su propio nombre	<input type="checkbox"/> Nombre de objetos	<input type="checkbox"/> Nombre de partes del cuerpo
<input type="checkbox"/> Instrucciones sencillas	<input type="checkbox"/> Instrucciones complejas	<input type="checkbox"/> Instrucciones de multiples pasos
<input type="checkbox"/> "wh" preguntas	<input type="checkbox"/> humor	<input type="checkbox"/> figurative idioma
<input type="checkbox"/> emociones de los demás	<input type="checkbox"/> discussions	<input type="checkbox"/> conversacion

¿Su hijo uso gestos?  Describir \_\_\_\_\_

---

### **Jugar comportamientos/habilidades sociales**

(Completar sólo lo que se aplica a la edad de su hijo)

¿Cuál de las siguientes describe el tipo de juego que su hijo le gusta comprometerse más a menudo?

<input type="checkbox"/> Puesta juguetes en boca	<input type="checkbox"/> Golpeando juntos	<input type="checkbox"/> Lanzamiento juguetes
<input type="checkbox"/> Sacudida juguetes	<input type="checkbox"/> Empujando/tirar juguetes	<input type="checkbox"/> Juegos de rol
<input type="checkbox"/> Utiliza un objeto para otro	<input type="checkbox"/> Juegos con reglas	<input type="checkbox"/> Hacer creer a jugar
<input type="checkbox"/> Uso apropiado de los objetos	<input type="checkbox"/> Buscando en los libros	<input type="checkbox"/> Actuando familiarizado

¿Cuáles son las actividades favoritas de su hijo? \_\_\_\_\_

¿Que prefiere su niño jugar con? (Círculo de los que se aplican)

Los padres    hermanos    Compañeros    los niños más pequeños    niños mayores    adultos

¿Cómo interactúa el niño con los demás? \_\_\_\_\_

Por favor compruebe los comportamientos que sientas mejor describen a su hijo. (marque todas las que apliquen)

<input type="checkbox"/> Demasiado activo	<input type="checkbox"/> Desafiante
<input type="checkbox"/> Demasiado tranquila	<input type="checkbox"/> Facilmente controlada/pasivo
<input type="checkbox"/> Excesivo berrinche	<input type="checkbox"/> Nervioso
<input type="checkbox"/> Destructivo	<input type="checkbox"/> Dependiente sobre rutinas
<input type="checkbox"/> Mucha tímida	<input type="checkbox"/> Dificultad separación de padres
<input type="checkbox"/> Perfeccionista	<input type="checkbox"/> Elástico, capaces de trabajar fuera de la rutina
<input type="checkbox"/> Amistoso, saliente	<input type="checkbox"/> Imaginativo y creativo
<input type="checkbox"/> Juega bien con sus compañeros	<input type="checkbox"/> Preferís niños mayores
<input type="checkbox"/> Prefiere de los niños más jóvenes	<input type="checkbox"/> Capaz para iniciar la interacción
<input type="checkbox"/> Capaz para mantener las interacciones	<input type="checkbox"/> Fácilmente distraído
<input type="checkbox"/> Utiliza contacto con los ojos	

¿Cómo interactúa con otros niños su hijo? \_\_\_\_\_

**Historia educativa**

Enumere todos los programas educativos asistieron su hijo. (Incluyendo la intervención temprana y preescolar)

Nombre de escuela	Ciudad	Nivel de grado	Tipo (REG. / ed. Espec.)	Fechas

¿Cómo está haciendo su hijo académicamente o pre- académicamente? \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene problemas de lectura? \_\_\_\_ Explicar \_\_\_\_\_

Cualquier otro problema académico o comportamiento? \_\_\_\_

¿Ha sido clasificado por de su hijo y el equipo de intervención temprana? \_\_ Si \_\_ No

¿Su hijo recibe servicios? \_\_ Si \_\_ No, identifique por favor

Tipo de servicio	Frecuencia
Terapia física	
Terapia ocupacional	
Lenguaje Logopedia	
Ensayo ABA/discreto	
Profesor	
Otros (describir)	

**Historia de la terapia**

¿Ha tenido su hijo una evaluación de lenguaje del discurso? \_\_\_\_ Si es así, por favor, ¿dónde y Cuándo se completó esta evaluación? (Por favor proporciónenos con una copia de cualquier evaluación completada dentro de 12 meses de esta entrada) \_\_\_\_\_

¿Podemos contactarlos si es necesario? \_\_\_\_ En caso afirmativo, proporcione por favor contacto information \_\_\_\_\_

Participa su hijo en cualquier extraescolares? \_\_\_\_ Por favor describir \_\_\_\_\_

Por favor proporcione cualquier información adicional que usted cree que podría ser útil en la comprensión de su hijo. \_\_\_\_\_

¿Si su hijo debe participar en cualquiera de nuestros programas, lo que sus expectativas sería?

**Informante para antecedentes**

Nombre de la persona llenando esta forma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ de relación con el cliente

Firma de arriba de la persona \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ la fecha