

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 explíen _____

¿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 vacila o repite 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 Companeros 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