



**Departamento de Servicios de Rehabilitación  
Servicios de Patología del habla y lenguaje**

**HISTORIAL DEL CASO CLÍNICO**

**Nombre del niño** \_\_\_\_\_  
(apellido, nombre)

**Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_ **Teléfono** \_\_\_\_\_  
(casa) (celular)

**ANTECEDENTES**

¿A su niño le han dado un diagnóstico? \_\_\_\_\_ De ser así, favor de anotarlo: \_\_\_\_\_

Describe las dificultades que tiene su niño con el habla y el lenguaje: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué idiomas se hablan en casa? \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DE EMBARAZO, NATALES Y DEL DESARROLLO**

¿Hubo alguna complicación durante el embarazo o el parto? \_\_\_\_\_ De ser así, por favor describa: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Nació prematuramente su niño? \_\_\_\_\_ De ser así, ¿por cuántas semanas? \_\_\_\_\_

¿A qué edad hizo lo siguiente?

Se sentó solo \_\_\_\_\_ Gateó \_\_\_\_\_

Se paró solo \_\_\_\_\_ Caminó solo \_\_\_\_\_

Dijo su primera palabra \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su niño alguna dificultad para masticar o tragarse la comida o los líquidos? \_\_\_\_\_  
De ser así, por favor describa: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha notado usted algún patrón de comer inusual en su niño? \_\_\_\_\_ De ser así, por favor describa: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MÉDICOS**

¿Recibe algún tratamiento médico o toma algún medicamento su niño? \_\_\_\_\_  
De ser así, por favor explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene o ha tenido alguna vez su niño cualquiera de las siguientes afecciones? (favor de marcar las que correspondan):

Defecto visual \_\_\_\_\_ Defecto de audición \_\_\_\_\_ Infecciones de oído \_\_\_\_\_

Alergias \_\_\_\_\_ Convulsiones \_\_\_\_\_ Encefalitis \_\_\_\_\_

Impétigo \_\_\_\_\_ Sarampión \_\_\_\_\_ Paperas \_\_\_\_\_

Varicela \_\_\_\_\_ Paladar hendido \_\_\_\_\_ Lesión en la cabeza \_\_\_\_\_

Meningitis \_\_\_\_\_ Otro (que no figure en la lista): \_\_\_\_\_

¿Ha recibido su niño una evaluación del habla y lenguaje anteriormente? \_\_\_\_\_

De ser así, anote los siguientes:

Fecha de la evaluación: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido alguna vez servicios especiales su niño de un:(por favor marque los que correspondan)

Psicólogo \_\_\_\_\_ Patólogo de habla y lenguaje \_\_\_\_\_

Audiólogo \_\_\_\_\_ Instructor especial \_\_\_\_\_

Neurólogo \_\_\_\_\_ Otorrinolaringólogo (ENT) \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES ESCOLARES

¿Cuál es el nombre de la guardería, preescolar o programa escolar al que asiste su niño actualmente? \_\_\_\_\_

Ubicación: \_\_\_\_\_ Fecha en que empezó: \_\_\_\_\_ Año escolar actual: \_\_\_\_\_

¿Recibe su niño actualmente algún tipo de terapia? (del habla, ocupacional, física)?

De ser así, por favor anote los datos que correspondan:

Tipo de terapia \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_ Razón de la terapia \_\_\_\_\_

### RESUMEN

Nombre de la persona que completa este formulario: \_\_\_\_\_

Parentesco con el niño: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor envíe o mande por fax los siguientes formularios al Servicio de Patología del Habla y Lenguaje (*Speech-Language Pathology Services*), LPCH, antes de la cita de su niño.

1. Formulario completo del Historial del caso clínico (*Case History Form*)
2. Una copia del Plan Individualizado de Servicio Familiar (*Individual Family Service Plan*) IFSP y Plan Educativo Individualizado (*Individual Education Plan*) (IEP) actuales de su niño u otros informes de habla y lenguaje de clínicas externas.

Gracias por completar este formulario. Es una parte importante del proceso de evaluación y nos ayuda a proveer la evaluación apropiada para su niño.

Hospital de Niños Lucile Packard en Stanford  
Servicios de Patología del Habla y Lenguaje  
321 Middlefield Road, Suite 130  
Menlo Park, CA 94025  
Teléfono: (650) 736-2000  
Fax: (650) 736-3406