

Nombre del paciente:

Cuestionario para la comunicación de menores de la clínica de logopedia en UCLA

Sírvase rellenar este formulario completamente, ya que dependemos inmensamente en la información que proporciona para evaluar adecuadamente las capacidades del lenguaje y del habla de su hijo. Si una pregunta no procede o no sabe respuesta, por favor marque N/A.

¡Gracias!

Motivo por la visita:

En lo que respecta al habla y/o lenguaje, mi hijo tiene dificultades para:

Antecedentes personales:

Ha tenido su hijo (o actualmente tiene) cualquiera de lo siguiente:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Adenoidectomía | <input type="checkbox"/> Amigdalectomía |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista |
| <input type="checkbox"/> Dificultades con la respiración | <input type="checkbox"/> Nacimiento prematuro |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de oído | <input type="checkbox"/> Complicaciones durante el parto |
| <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza | <input type="checkbox"/> Historial de chuparse el dedo o uso de chupete |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de audición | <input type="checkbox"/> Dificultades con la lactancia |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones/espasmos | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades graves/lesiones/intervenciones quirúrgicas/ otras afecciones: | |

¿Tiene su hijo(a) actualmente algún dolor en la boca o la región de la garganta? SI NO

¿Pasó su hijo(a) la prueba auditiva de recién nacido? SI NO

¿Se ha realizado su hijo(a) una prueba auditiva recientemente?

SI NO

¿Cuándo? _____

¿Dónde? _____

Resultados: _____

¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar? _____

¿Qué porcentaje ha estado expuesto al inglés? _____%

¿Qué porcentaje ha estado expuesto a otro idioma? _____%

¿Cuál es el idioma principal de su hijo(a)? _____

Historial del desarrollo:

¿Cuál es la edad aproximada en que su hijo(a) alcanzó los siguientes hitos del desarrollo?

_____ sus primeras palabras (ejemplo: mama, bai bai, papa, tata)

_____ dos palabras juntas (ejemplo: "más jugo," "bai mama")

_____ comenzó a caminar

Hogar:

¿Quiénes viven en el hogar con su hijo(a)? (Por favor incluya las edades de los hermanos(as), si es que hay alguno(a)):

Existe un historial familiar de problemas del habla, lenguaje o problemas académicos (por ejemplo retraso en el habla, tartamudeo, autismo, discapacidad de aprendizaje)? De ser así, por favor describa: _____

¿Cuántas horas al día está su hijo(a) frente a una pantalla (por ejemplo, teléfono inteligente (smart phone) tableta, televisión)?

Número de minutos/horas: _____

Describe el uso, ejemplo: ipad, teléfono inteligente (smart phone), televisión, etc.: _____

¿Con qué frecuencia interactúa su hijo(a) con otros compañeros(as) de la misma edad? ¿Existe alguna inquietud sobre la interacción social?

Escuela:

¿Está su hijo(a) actualmente asistiendo a la escuela/preescolar/guardería?

SI

NO

Si es así, ¿Dónde? _____

¿Cuántas horas al día/semana? _____

¿Existe actualmente alguna preocupación en cuanto al comportamiento o lo académico? En caso afirmativo, sírvase describir:

Servicios Anteriores o Actuales:

¿Está su hijo(a) actualmente recibiendo alguna terapia, o ha recibido alguna terapia en el pasado?

Tipo de terapia	# de sesiones por semana	¿Cuándo comenzó/terminó la terapia?
-----------------	--------------------------	-------------------------------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Información actual del lenguaje y habla:

¿Hace su hijo(a) lo siguiente?

¿Recuperar/señalar objetos comunes si se lo piden? (por ejemplo: pelota, taza, zapato) SI

NO

¿Parece que le entiende lo que usted le está diciendo? SI NO

¿Sigue instrucciones simples? (por ejemplo: "trae tus zapatos") SI NO

¿Existe alguna otra preocupación en cuanto a seguir instrucciones, el entendimiento y comprensión?

¿Cómo se comunica su hijo(a) principalmente? (por ejemplo: lenguaje corporal, gestos, sonidos, palabras, frases, oraciones)

¿Cuántas palabras calcula usted que su hijo(a) utiliza ahora? _____

Puedo entender a mi hijo(a) un _____% del tiempo.

Otras personas pueden entender a mi hijo(a) aproximadamente un _____% del tiempo

¿Tiene alguna otra cosa que quisiera informarnos acerca de su hijo(a)?

Por favor entregue este formulario en la recepción cuando lo haya llenado. ¡Gracias!