

Historial de caso Pediátrico

(Pediatric Case History)

Nombre del Niño/o Nina _____ Fecha de Macimiento: _____ Edad: _____
(Child's Name:) (Date of Birth:) (Age:)

Persona completando el formulario _____ Relacion con el Niño/ o la Nina _____
(Person completing form:) (Relationship to child)

Área de preocupación: (Area of Concern:)

¿Tiene inquietudes acerca de su hijo o hija? Por favor enumere cualquier _____
(Do you have concerns about your child's: Please list any)

¿Desarrollo del habla y del lenguaje? (Speech and Language development?)
¿Audiencia? (Hearing?)

Otras preocupaciones de aprendizaje: _____
(other learning concerns)

¿Recibe su hijo/a algún servicio de educación especial? En caso que si, ¿qué servicios? _____
(Does your son/daughter receive any special education services?) (If yes, what services?)

¿Tiene su hijo/hija algún problema de habla y lenguaje? En caso que si, explique? _____
(Does your son/daughter have any speech-language problems?) (If yes, please explain:)

Antecedentes médicos/de desarrollo/familiares (Developmental/Medical/Family History)

Indique si su hijo/hija ha experimentado alguno de los siguientes:
(Please indicate if your son/daughter has experienced any of the following:)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas antes, durante o después del nacimiento
(Problems before, during, or after birth) | <input type="checkbox"/> Actualmente toma medicación
(Currently takes medication) | <input type="checkbox"/> Síndrome alcohólico fetal Retrasos (Fetal alcohol syndrome) |
| <input type="checkbox"/> Hiperbilirrubinemia/ictericia
(Hyperbilirubinemia/jaundice) | <input type="checkbox"/> Problemas de integración sensorial
(Sensory integration issues) | <input type="checkbox"/> Retrasos en el desarrollo
(Delays in development) |
| <input type="checkbox"/> meningitis grave (Bacterial meningitis) | <input type="checkbox"/> Desorden del espectro autista
(Autism spectrum disorder) | <input type="checkbox"/> Anomalías en la cabeza o el cuello
(Head or neck abnormalities) |
| <input type="checkbox"/> Asfixia/falta de oxígeno al nacer
(Asphyxia/lack of oxygen at birth) | <input type="checkbox"/> desorden hiperactivo y deficit de atencion
(Attention deficit hyperactivity disorder) | <input type="checkbox"/> Fiebre de más de 104 grados
(Fever over 104 deg) |
| <input type="checkbox"/> Ventilacion mecanica
(Mechanical ventilation) | <input type="checkbox"/> Anomalia sindrónica
(Syndromal abnormality) | <input type="checkbox"/> Otros (Other) _____ |
| | <input type="checkbox"/> Enfermedades graves accidents
(Serious illness or accidents) | |

Si su hijo ha experimentado alguno de los anteriores, explique (incluya tratamiento y medicamentos específicos):
(If your child has experienced any of the above, please explain (include specific treatment and medications):

Si alguien en su familia tiene problemas de audición, indique su relación con su hijo:
(If anyone in your family has trouble hearing, please list their relationship to your child)

Comportamientos y Características (Behaviors and Characteristics)

Indique si su hijo/hija ha experimentado alguno de los siguientes: (Please indicate if your son/daughter has experienced any of the following)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas de oído (infecciones, perforación del tímpano, cera, drenaje, dolor de oído) o cirugías de oído (es decir, tubos, etc.)
(Ear problems (infections, eardrum hole, wax, drainage, ear pain) or ear surgeries (i.e., tubes, etc.) | <input type="checkbox"/> Inquietud/problemas para quedarse quieto
(Restless/problems sitting still) | <input type="checkbox"/> Dificultad para entender el significado de palabras
(Difficulty understanding the meaning of words) |
| <input type="checkbox"/> Cirugías de oído (es decir, tubos, etc.)
(Ear surgeries (i.e., tubes, etc.) | <input type="checkbox"/> palabras, números o letras Disruptivo o ruidoso
(words, numbers, or letters Disruptive or rowdy) | <input type="checkbox"/> Otros _____
(Other:) |
| <input type="checkbox"/> Sensible a los sonidos fuertes
(Sensitive to loud sounds) | <input type="checkbox"/> Comportamiento social inadecuado
(Inappropriate social behavior) | |

¿Hay alguna información adicional que sea importante que el audiólogo sepa?
(Is there any additional information that is important for the audiologist to know?)

