

**BILINGUAL SPEECH-LANGUAGE
PATHOLOGY CENTER, INC.**

3049 Cleveland Ave # 275 Ft. Myers, FL 33901
Tel: 239-479-5093 - Fax: 239-479-5094

Fecha: ____/____/____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ **Edad:** _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Código Postal:** _____

Teléfono del hogar: (____)____-_____

Nombre de la Madre: _____

Teléfono del trabajo: (____)____-_____ **Celular:(____)____-_____**

Nombre del Padre: _____

Teléfono del trabajo: (____)____-_____ **Celular:(____)____-_____**

Médico Primario/Pediatra: _____

Referido por: _____

Que le preocupa del niño: _____

BILINGUAL SPEECH-LANGUAGE PATHOLOGY CENTER, INC.

3049 Cleveland Ave # 275 Ft. Myers, FL 33901
Tel: 239-479-5093 - Fax: 239-479-5094

Nombre del Paciente: _____

I. Historial del nacimiento/Médico:

A. El niño se comunica a través de:

Gestos Señales Balbuceo Palabras simples Frases Oraciones Otra: _____

El embarazo duró _____ Semanas Parto/horas: _____ Peso: _____ Estatura: _____

Método de parto: Natural Cesárea, razón: _____

B. Tuvo dificultades antes del parto? Si No

Si contestó que si, por favor, explique: _____

C. Tuvo dificultades durante el parto? Si No

Si contestó que si, por favor, explique: _____

D. Tuvo dificultades después del parto? (Ej. Hospitalizaciones, operaciones, etc.) Si No

Si contestó que si, por favor, explique: _____

E. Está su niño(a) recibiendo medicamentos actualmente? Si No

Si contestó que si, por favor, enumere: _____

II. SALUD EN GENERAL:

A. Ha padecido su niño(a) de:

1. Fiebres altas Si No

2. Convulsiones/desmayos/mirada perdida Si No

3. Dificultades visuales Si No

4. Alergias Si No Explique: _____

5. Infecciones de oído Si No Con que frecuencia?: _____

6. Tiene frecuentes gripes o dolores de garganta Si No

7. Respira su niño(a) por la boca? Si No

8. Le han sacado las amígdalas y/o adenoides? Si No Cuándo?: _____

9. Tiene dificultades al comer? (Ej. Masticando, tragando) Si No

Si contestó que si, por favor, explique: _____

BILINGUAL SPEECH-LANGUAGE PATHOLOGY CENTER, INC.

3049 Cleveland Ave # 275 Ft. Myers, FL 33901
Tel: 239-479-5093 - Fax: 239-479-5094

Nombre del Paciente: _____

III. Historial del Desarrollo:

Etapas del Desarrollo:

- A. Edad en que se sentó solo: _____ meses.
B. Edad en que caminó solo: _____ meses.
C. Cuánto duró el entrenamiento para que el niño(a) fuera solo al baño? _____
D. Su desarrollo físico ha sido: Lento Normal Rápido
E. Su coordinación es Buena Torpe

Historial del desarrollo del Habla-Lenguaje:

- A. Idioma principal hablado en el hogar/lenguaje(s)al que el niño(a) está expuesto(a): _____
B. Cuándo empezó a preocuparse por el habla o la audición de su niño(a)?

C. Su niño(a) responde a sonidos o voces? SI No

D. Cuando empezó su niño(a) a:

Balbucear _____

Decir sus primeras palabras _____

Combinar 2 3 palabras _____

Hablar con oraciones simples _____

E. Quiénes entiendes al niño(a)?

Familia? Si No Desconocidos? Si No Otros niños? Si No

F. El niño(a) tiene dificultades de entender cuando le hablan? Si No

Explique: _____

G. Hay otro familiar que tiene dificultades en el habla/audición? Si No

Explique: _____

H. El niño(a) tiene problemas de aprendizaje/académico? Si No

Explique: _____

I. Anteriormente le han hecho al niño(a) una evaluación de habla, lenguaje o audición?

Si No Donde? _____

IV. Condiciones Familiares:

A. Indique quiénes viven en el hogar:

Madre Padre Hermanos Otros: _____

B. Ocupación del Padre: _____ Edad: _____

Ocupación de la Madre: _____ Edad: _____

BILINGUAL SPEECH-LANGUAGE PATHOLOGY CENTER, INC.

3049 Cleveland Ave # 275 Ft. Myers, FL 33901
Tel: 239-479-5093 - Fax: 239-479-5094

Nombre del Paciente: _____

C. Favor de enumerar los hermanos y proveer la información a continuación:

Nombre	Edad	Sexo	Escuela	Grado
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

D. Quién cuida a su niño(a) durante el día? _____
Idioma que usa? _____

V. Condición Educativa:

Guardería/Circulo Infantil:

A. Nombre de la escuela a la que su niño(a) va: _____

B. Grado: _____ Maestra: _____

VI. Condición de la conducta:

A. Comportamiento (por favor, marque las que describen a su niño(a):

<input type="checkbox"/> Fácil de controlar	<input type="checkbox"/> Tímido	<input type="checkbox"/> Habla demasiado
<input type="checkbox"/> Pesadillas	<input type="checkbox"/> Lento en el aprendizaje	<input type="checkbox"/> Celoso
<input type="checkbox"/> Rabieta/perretas	<input type="checkbox"/> Juega bien con otros niños	<input type="checkbox"/> Destructivo
<input type="checkbox"/> Se chupa el dedo	<input type="checkbox"/> No tiene con quien jugar	<input type="checkbox"/> Le gusta la escuela
<input type="checkbox"/> Muy activo	<input type="checkbox"/> Prefiere jugar solo	<input type="checkbox"/> Problemas en el comportamiento
<input type="checkbox"/> Buen contacto visual	<input type="checkbox"/> Nervioso	<input type="checkbox"/> Miedos inexplicables
<input type="checkbox"/> Contacto visual deficiente		<input type="checkbox"/> Exige demasiada atención

VII. Comentarios Adicionales:

(Si tiene alguna otra información que usted desea compartir acerca de su niño(a) la cual no se haya mencionado anteriormente en esta planilla, por favor describa)

Describe: _____

BILINGUAL SPEECH-LANGUAGE PATHOLOGY CENTER, INC.

3049 Cleveland Ave # 275 Ft. Myers, FL 33901
Tel: 239-479-5093 - Fax: 239-479-5094

Nombre del Paciente: _____

POLIZA FINANCIERA

Gracias por elegir nuestro centro. Nosotros le brindaremos calidad en servicio.
Queremos que entiendan que el pago de la cuenta es una parte del tratamiento.
En el siguiente párrafo le explicamos nuestro acuerdo financiero.

Necesitamos que lean y firmen antes de iniciar el tratamiento. Por favor, llene completamente los espacios de la planilla que están en blanco y entregue su licencia de conducir para sacarle copia.
EL PAGO SE REALIZA EN EL MOMENTO EN QUE SE BRINDAN LOS SERVICIOS.

El suscrito concuerda que como tutor(es) del paciente, se hace(n) responsable(s) del pago de la cuenta de Bilingual Speech-Language Pathology Center, Inc. Si dicha cuenta fuera referida a los abogados para cobro, el suscrito será responsable de dichos honorarios y gastos de cobro.

Nombre del Paciente: _____ Nombre del Tutor: _____

Número de S.S. : ___-___-____ Número de Licencia de Conducir : _____

Firma: _____ **Fecha:** _____ Relación con el paciente: _____

POLIZA DE ASISTENCIA

Debido a la gran demanda de nuestro servicio, la póliza de asistencia será como sigue a continuación:

*Nosotros tratamos de ser puntuales y esperamos lo mismo de usted. Si usted se presenta tarde a la terapia, nosotros no podremos proveerle el tiempo completo.

*Si no puede asistir a la terapia, nosotros necesitamos que nos llame para así poder cambiar la cita para otro momento.

*Después de tres inasistencias injustificadas, el paciente será removido de su horario y necesitara reestablecer uno nuevo.

Nombre de Paciente _____ Relación con el Paciente _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

POLIZA PARA OBTENER INFORMACION MÉDICA (HIPAA)

He leído y acepto los terminos de **AVISO SOBRE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD.**

Firma: _____ **Fecha:** _____

Yo, como padre o tutor de _____, autorizo a Bilingual Speech-Language Pathology Center, Inc. a obtener/dar información medica de cualquier institución u otro profesional estimados necesarias

Firma: _____ **Fecha:** _____

Damos permiso para que nuestro(a) hijo(a), _____ reciba los servicios con el/la terapeuta de habla asignado/a.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Autorizo que mi hijo(a), _____ sea observado por estudiantes de patología del Habla y Lenguaje/Educación.

Firma: _____ **Fecha:** _____