



HELPING HANDS
PEDIATRIC THERAPY

Información de identificación:		
Nombre Del Niño:	Fecha Del Nacimiento:	Fecha De hoy:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Nombres De los Padres:		
Teléfono de Casa::	Teléfono De la Célular:	Teléfono Del Negocio:
Correo Electronico:		
Nombres y edades de los miembros de la familia:		
Nombre:	Edad:	Relación:
Nombre:	Edad:	Relación:
Nombre:	Edad:	Relación:
Nombre:	Edad:	Relación:
El niño vive con: (círcule) ambos padres padre madre otro:		
Persona de contacto en caso de una emergencia:		
Physician/Pediatría Del Niño:	Teléfono:	
Diagnosís Médica:		
Otro Pediatras/Especialistas/Profesionales que trabajan con su niño:		
Nombre	Teléfono:	
Nombre	Teléfono:	
Nombre	Teléfono:	
Información Del Seguro:		
Compañía De Seguros:		
Persona Asegurada:	Fecha de nacimiento:	
Dirección Del Seguro:		
Número de teléfono del seguro:		
Número De Grupo:	Número De la Política:	
Número De Medicaid/Peachcare:		
Información De Referencia::		
Referido Por:		
Describa sus preocupaciones y la naturaleza del problema:		
¿Su niño ha recibido intervenciones o servicios hasta esta fecha? Describa por favor:		
Historia y desarrollo del nacimiento del niño:		

Prenatal:						
¿Adoptaron a su niño?		¿Si es así, en qué edad?				
¿La madre tiene infecciones, enfermedades, lesiones u otras complicaciones durante embarazo? Si sí, por favor describa.						
¿Medicaciones tomadas durante embarazo o la entrega?						
Nacimiento e infancia:						
Localización del nacimiento:		Peso del nacimiento:				
¿Era el embarazo tiempo completo?						
Su labor fue (circule las respuestas que aplican) ¿normal? ¿cortocircuito? ¿prolongado? ¿inducido?						
Su parto fue (circule las respuestas que aplican) ¿normal? ¿trasero? ¿cesariano? ¿se utilizó forceps?						
¿Incubaron al niño?		¿Si sí, cuanto tiempo?				
¿Había otras complicaciones en el nacimiento?(circule las respuestas que aplican)¿ictericia?¿transfusiones?						
¿dificultad de respiración? ¿dificultad de alimentación? ¿Cuenta de Apgar? Otro:						
Describa cualquier defecto congénito:						
Durante la infancia su niño/a parecía: (circule respuestas que aplican) ¿feliz? ¿grito con frecuencia?						
¿durmio largas horas? ¿despertaba a menudo? ¿alimentaba lentamente? ¿come bien?						
¿le gustaba ser cargado? ¿se molestaba cuando sostenido?						
¿colicos? ¿difícil de calmar?						
¿difícil de dormir? ¿difícil aguantar o acariciar?						
Desarrollo Del Motor						
¿En qué edad su niño hizo el siguiente?						
rodar - gatiar - séntarse solo/a - caminar -						
beber de un vaso - mascar alimentos sólidos - comer con utensilios - amaro sus cordones -						
¿Su tiempo de gatiar fue prolongada, breve, o casi enteramente eliminada?						
¿Puede hacer su niño el siguiente? Si sí, indica la calidad de realizacion de su niño/a:						
		No	Sí	Pobre	Promedio	Bueno
Saltar en un pie						
Sálar con los dos pies						
Subirse encima y sobre objetos						
Brincar alto con ambos pies juntos						
Montar un triciclo						
Montar una bicicleta, con o sin la instrucción de ruedas						
Saltar con una cuerda:						
Patíñar con ruedas						
Patíñar una pelota						
Moverse solo en los columpios						
Cortar con tijeras						
El Desarrollo motora continua... ¿Puede hacer su niño lo siguiente? Si sí, indica la calidad de realizacion						

	No	Sí	Pobre	Promedio	Bueno
Coloriar dentro de líneas					
Jugar con rompecabezas y juguetes que se manipulan					
Tiene la dominación coherente de su mano					
Soplar burbujas de jabón?					
Pitiar o Silbar?					
Chupar con sorbeto?					
Historia clínica					
¿Su niño/a ha tenido algunas de estas enfermedades? Si sí, describe por favor y de las fechas.					
¿Enfermedades de niñez o enfermedades mayores?					
¿Cirugías?					
¿Heridas graves?					
¿Moldes o aparatos para los dientes?					
¿Alergias?					
¿Frecuenta infecciones de oreja?					
¿Restricciones dietéticas?					
¿Toma actualmente su niño alguna medicina? (Si sí, lista por favor la medicina (las medicinas) los nombres e indica qué					
Condicion la medicina esta tratando?					
¿Ha tenido su niño un evaluacion de psicológico, de desarrollo, neurológico, psiquiátrico, o la evaluación de EEG/M					
¿Por qué y cuales fueron los resultados?					
La Historia y desarrollo de lenguaje					
¿En qué edad hizo su niño lo siguiente?					
¿Dijo palabras solas? ¿Qué fueron sus primeras palabras?					
¿Puso 2-3 palabras juntas en una frase?					
¿Cuántas palabras utiliza actualmente su niño? (Circule la respuesta que aplique) :					
0-5 50-100 de 20-50 de 10-20 >100					
¿Cual es la manera primaria de su niño/a hacer sus necesidades conocido? (por ejemplo, por gestos, señalar, sonidos, Algunas palabras, etc.) :					
¿Es su niño difícil de entender a veces?					
¿Entiende su niño o habla otro idioma ademas de Espanol? Si sí, que es el idioma predominante en su casa?					
Fluidez					

¿Tartamudea su niño o tartamudea?
¿Cuán largo ha observado usted dysfluencias?
¿Está su niño enterado/preocupado/frustrado?
Voz
¿Expresa su niño la exhibición de algunas calidades siguientes? (circule las respuestas que aplican)
¿Ronco? ¿Duro? ¿nasal? ¿Muy suave? ¿Muy fuerte? ¿Otro?
Alimentacion
¿Han habido problemas que alimentan?
¿Cualquier problema con chupar, mascar, ahogarse, o tragar?
¿Son las preferencias del alimento de su niño una preocupacion?
¿Ha habido cualquier problema con líquidos?
¿Qué es algunos de los alimentos que son típicos en la dieta de niño?
El Desarrollo social y Habilidades de jugar
Describa su personalidad de niño:
Describa algún problema social que su niño tiene con amigos o familia:
¿Qué es sus actividades favoritas/juguetes/juegos?
¿Juega su niño apropiadamente con estos juguetes?
¿Cuánto tiempo juega él/ella con un juguete?
¿Con quién prefiere niño/a jugar?
¿Qué hace su niño/a sonreír y reírse?
¿Qué actividades del juego le gustan menos?
¿Cómo juega su niño/a cuándo esta sólo/a?
¿Qué hace niño/a cuándo esta enojado o frustrado?
¿Tiende su niño a jugar con cosas en líneas o amontonandos?
Describa por favor otras preocupaciones que pueda tener con respecto a sus habilidades sociales de su niño o habilidades de jugar:
Las actividades de Vivir Diariamente

¿Qué auto habilidades de ayuda tiene su niño? (Utiliza por favor el código siguiente de carta: (U) - Incapaz, (I) - Independiente,	
(A) - necesita ayuda, (S) - necesita la supervisión solamente	
Se viste solo	
Se desnuda solo	
Usa el Toliet solo	
Se Cepilla los dientes	
Lavas las manos	
Alimenta solo	
Toma bebidas de un vaso	
Cierra sus cremalleras (zipper)	
Botones	
Los cierres & enganches	
Pone zapatos	
Amara sus zapatos	
Historia sensoria	
¿Ha tenido su niño un examen de audicion?	La fecha de último examen:
¿Por quién fue realizada el examen?	¿Los resultados de examen?
¿Ha tenido su niño un examen de ojo?	La fecha de último examen::
¿Qué fue los resultados del examen de ojo?	
¿Lleva su niño gafas?	
¿Hay sonidos que su niño quiere especialmente o tiene aversión a?	
¿Hay texturas que su niño quiere o tiene aversión a?	
¿A qué alimentos tiene especialmente su niño aversión?	
¿Qué olores quiere especialmente su niño o tiene aversión a?	
Revise por favor revise la lista sensoria debajo y haga una marca X debajo de la columna que describe mejor a su ni	
Hace a su niño:	
Nunca, rara vez. A Veces, a menudo, Siempre	
¿Responde negativamente a ruidos fuertes?	
¿A veces no escucha algunos sonidos?	
Incapaz de seguir 2 o 3 direcciones,	
¿Dado inmediatamente?	
La Historia sensoria continuó...	

Nunca rara vez A Veces a menudo Siempre
Tenga dificultad poniendo atencion?
¿Cuándo no hay otro ruido presente?
¿Le gusta cantar o bailar a la música?
¿Tiene dificultad copiando los ritmos?
¿Tiene dificultad recordando lo qué es dicho?
¿Tiene los problemas de discurso o articulación?
¿Evita las texturas duras o crujientes de alimento?
¿Mantiene su boca abierta cuando descansa?
¿Chupa el pulgar o los dedos?
¿Chupa los juguetea/objetos?
¿Evita el desorden o ensuciarse las manos?
¿Disguta ser tocada inesperadamente?
¿Tiende a sentirse el dolor cuando golpeado?
¿Muestra la sensibilidad a ropas o etiquetas?
¿Prefiere tocar antes que es tocado?
¿Se pellizca, se muerde, o se golpea?
¿Se golpea su cabeza a propósito, ahora o en el pasado?
¿Evita usar sus manos por períodos prolongados?
¿Parpadea en luces brillantes?
¿Inversa las cartas o numeros?
¿Quiere estar en la oscuridad?
¿Tiene dificultad con contacto visual?
¿Mece en la cama, ahora o en el pasado?
¿Da vueltas o gira más que la mayoría de otros niños?
¿Salta mucho?
¿Parece temeroso del espacio?
¿Se enferma en el carro?
¿Le gusta movimientos rápidos?
¿Tiene dificultad en aprender subir escaleras?
¿Camina en los dedos de los pies, ahora o en el pasado?
¿Aparece torpe o se cai a menudo?
¿Tiene pobre coordinación motriz con cosas pequeñas?
¿Tiene un alcance difícil con un lápiz?
¿Aparece tener sentido normal del gusto?
¿Aparece tener olfato normal?
¿Tiende a explorar oralmente o con el olor?
¿Tiene el problema en aprender el control urinario?
¿Tiene el problema con en aprender el control de entranas?
¿Tiene el problema con incontinencia nocturna?
¿Parece sensible a la crítica de otros?
¿Vacila en tratar nuevas tareas?
¿Tiene temores definidos?
¿Tiene rabietas?
¿Demuestra cariño a otros?

