

Nombre del médico: _____

Teléfono: _____



Formulario de admisión de terapia del habla y el lenguaje

Describa el problema del habla / lenguaje de su hijo con sus propias palabras:

¿A qué edad se notó este problema por primera vez?

¿Quién notó el problema por primera vez?

¿Cómo ha cambiado el problema desde entonces?

¿Su hijo usa el habla? De vez en cuando Nunca Con frecuencia

¿Cuáles son los estilos de comunicación actuales que usa su hijo? Marque todo lo que corresponda:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vocalizaciones sin palabras | <input type="checkbox"/> Oraciones completas |
| <input type="checkbox"/> Palabras sueltas | <input type="checkbox"/> Gestos y / o señalar solamente |
| <input type="checkbox"/> Palabras y gestos | |
| <input type="checkbox"/> Frases cortas | |
| <input type="checkbox"/> Combinaciones de palabras | |

Tamaño estimado del vocabulario expresivo (número de palabras que el niño usa espontáneamente):

¿Se usa el orden correcto de las palabras en las oraciones / frases? Sí No

¿Tiene dificultad para entender a su hijo? Sí No

¿Tienen otras personas dificultades para entender a su hijo? Sí No

¿Su hijo se siente frustrado por la incapacidad de comunicarse? Sí No

¿Cree que su hijo tartamudea? Sí No

¿Ha tenido su hijo dificultades para alimentarse o tragar? Sí No

¿Qué tan bien entiende su hijo lo que se le dice (capacidad para seguir instrucciones y comprender el significado de las palabras)? _____

¿Ha tenido su hijo algún problema para aprender a leer? Sí No

¿Aprende a escribir? Sí No

En caso afirmativo, explique:
