



Forma de Admisión

Información General:

Fecha: _____

Nombre completo de su hijo(a): _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: __ femenino, __ masculino

Nombre de Padre #1: _____ Nombre de Padre #2: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Condado: _____

Estado: _____ Zip: _____

Teléfono de Hogar: (____)____ - ____ Celular #1: (____)____ - ____ Celular #2: (____)____ - ____

Correo Electronico: _____

Con quien vive su hijo(a): _____

Todos los idiomas usados en su casa: _____

Nombre de sus hermanos y edades: _____

Médico principal: _____ Teléfono: _____

Numero de Fax: _____

¿Para cuales servicios esta usted aqui?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Terapia de lenguaje | <input type="checkbox"/> Terapia fisica |
| <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional | <input type="checkbox"/> Dispositivo de asistencia de comunicación aumentativa |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

¿Quien lo refirio para su evaluacion?: _____

¿Cuales son sus preocupaciones principales?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Motricidad fina (e. Escritura, abotonarse, etc) | <input type="checkbox"/> Alimentación |
| <input type="checkbox"/> Auto cuidado | <input type="checkbox"/> Organización/Control de tiempo |
| <input type="checkbox"/> Dificultades sensoriales | <input type="checkbox"/> Comportamiento |
| <input type="checkbox"/> Lenguaje | <input type="checkbox"/> Motricidad gruesa/ Coordinacion |
| <input type="checkbox"/> Idioma (e. Gramatica, vocabulario, etc) | <input type="checkbox"/> Balancearse |
| <input type="checkbox"/> Habilidades sociales | <input type="checkbox"/> Seguridad |

Otro: _____

Embarazo e historia natal:

Relacion de nino/a con su cuidador: Biologico Adoptivo Foster Otro: _____

¿Nació su hijo(a) a término completo? Si No

Tipo de parto: Cabecita primero Pies primero Cesárea

¿Hubo complicaciones en su embarazo o nació su hijo(a) prematuro?

Historia Médica:

¿Se ha dado por un médico profesional un diagnóstico específico a su hijo(a)? (Favor de indicar los que apliquen.)

- A.D.D./A/D.H.D.
- Demora cognitivo
- Actividad convulsiva
- Autismo/PDD
- Demora del desarrollo
- Disorden Mental
- Desordenes de conducta
- Síndrome de Down
- (ansiedad, depresion, ODD, etc)
- Parálisis cerebral
- Falta de prosperar
- Fisura del labio o paladar
- Problemas auditivas
- Otros diagnósticos: _____

Actividad convulsiva: Sí No **Tipo y Frecuencia:** _____

Ha tenido su hijo(a) algunas enfermedades o dolencias: Sí No

Si marca Si, cuales enfermedades o dolencias? (Favor de indicar los que apliquen.)

- Reacción alérgica
- Asma
- Numerosas infecciones auditivas
- Pulmonía
- RSV (Virus Respiratorio Sincitial)
- Otras: _____

Ha tenido su hijo(a) una cirugia? ej. tubos de ecualizacion de precion, amigdalectomia, adenoidectomia, inyecciones de botox, etc) Si marca Si, cual tipo y cuando?

¿Toma su hijo(a) alguna medicina por cualquier razón? Sí No

Favor de indicar las medicinas que toma y la razón por tomarlas: _____

Visión:

Quando tuvo su hijo/a su ultimo examen de la vista? _____

Favor de indicar cual categoría representa la vista de su hijo(a):

- Normal
- Totalmente ciego
- Visión impedida, usa lentes corregibles
- Trastorno de la visión cortical
- Visión impedida, no corregible con lentes
- Ciego legalmente

Favor de indicar las áreas donde su hijo(a) tiene dificultades:

- Ver la pantalla de una computadora
- Ver el teclado de una computadora
- Ver una pizarra negra o blanca en una sala de clases
- Ver para leer
- Dificultad para encontrar objetos en un fondo ocupado
- Dificultad en copiar formas
- Complenea de fatiga o dolor en los ojos
- Otro: _____

Audición:

Quando tuvo su hijo/a su ultimo examen de audicion? _____

Favor de indicar cual categoría representa la audición de su hijo(a):

- Normal
- Sordo completo

- Auditivo impedido, corregido por un instrumento auditivo
- Desorden del nervio auditorio (CAPD) Fecha de diagnóstico: ____/____/____
- Auditivo impedido, sin la ayuda de un instrumento auditivo o implante
- Otro: _____

Servicios relacionados:

Favor de indicar si su hijo(a) ha recibido o está recibiendo las evaluaciones o servicios que siguen.
Favor de incluir copias de los informes aplicables.

- IEP (plan educativo): _____
- Asistencia tecnológica: _____
- Terapia ocupacional: _____
- Terapia física: _____
- Terapia de Lenguaje: _____
- Terapia Auditivo: _____
- Terapia de Comportamiento: _____
- Terapia de Salud Mental: _____
- Otro (musica, masaje, quiropractico, etc.): _____

Cual escuela asiste su hijo(a) y en cual grado esta?

Tiene su hijo/a actualmente una renuncia? Por favor indique cual: _____
Con cual comite de servicios comunitarios trabaja usted? _____

¿qué edad tenía su niño cuando no alcanzo los hitos del desarrollo?

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| Gatear: _____ | Correr: _____ |
| Sentarse independiente: _____ | Primer palabra: _____ |
| Pararse independiente: _____ | Oracion de 2 o 3: _____ |
| Caminar: _____ | Oraciones completas: _____ |
| Brincar: _____ | |

Estado Físico:

Desarrollo del motor grueso

- Camina independientemente, sin preocupacion de balance o peligro
- Camina independientemente, pero necesita supervisión para la seguridad
- Camina independientemente, usando mecanismos (como muletas, andador, bastón)
- Camina cortas distancias con el apoyo de otra persona
- No puede caminar
- Parece torpe y choque a cosas alrededor
- Dificultad de participar en deportes o en usar equipo de juegos

Desarrollo del motor fino

- Tiene dificultad o evita en escribir, dibujar, colorear o recortar (ponga circulo en las que aplican)
- Tiene dificultad con botones, cremalleras o con las ataduras de zapatos (ponga circulo en las que aplican)
- Tiene dificultad en usar un tenedor, cuchara o sepio de dientes (ponga circulo en las que aplican)

Tiene dificultad o evita juegos de finas motores o actividades (Legos, tarjetas de cordón, bloques de construcción)

Si aplicable, favor de describir equipo, ramientas o recursos usados en casa o en la escuela que usan para apoyar a su hijo(a). (ejemplo: caminador, lentes, instrumento auditivos, paradores, silla de baño, dispositivo de asistencia de comunicación aumentativa o otros dispositivos de comunicación, etc)

Comportamiento:

Participa en comportamiento agresivo hacia sí mismo. Por favor de explicar: _____

Participa en comportamiento agresivo hacia otros. Por favor de explicar: _____

Favor de proveer cualquier otra información sobre el comportamiento o de lo que causa el comportamiento inapropiado: _____

Cuanto tiempo puede su hijo/a atender a una tarea preferida? _____

Cuanto tiempo puede su hijo/a atender a una tarea no preferida? _____

Favor de listar actividades preferidas para su hijo/a: _____

Sensorial:

Muy sensitivo/a al tocar

Muy quisquillosa al comer

Inconsciente al ser tocado/a o a los golpes

Muy sensitivo/a al ruido (inodoro, campanas, al escuchar el susurro, etc.)

Poner cosas en la boca muy excesivamente por su edad (lapices, camiseta, manos, etc.)

Evita poner las manos en lo sucio (pintura, pegamento, arcilla)

Vacilante a subir escaleras o patio de recreo

Otro: _____

Autocuidado:

Indicar cuanto de la actividad hace independientemente (ejemplo: El/ella se viste 75% del tiempo independientemente, usar el baño solo/a 25% del tiempo independientemente, etc.):

Ponerse la camiseta y pantalones _____ Sepillarse los dientes _____

Ponerse los calcetines y zapatos _____ Lavarse las manos _____

Manejar los botones, cremalleras, encajes _____ Sepillarse el pelo _____

Banarse _____ Usar el baño _____

Habilidad de Comunicación:

Lenguaje Receptivo

Favor de caracterizar la habilidad de su hijo(a) en entender el lenguaje: _____

Favor de indicar el nivel actual de entendimiento de su hijo(a):

No comprende palabras verbales

Comprende frases sencillas

Comprende instrucciones en 2 y 3 partes

Comprende los opuestos

- Comprende palabras únicas
- Comprende conversación
- Comprende conceptos basicos (alto, mojado, roto, etc.)
- Comprende el concepto del tiempo (decir la hora, antes/despues, etc.)

Lenguaje Expresivo

Favor de caracterizar la habilidad de su hijo(a) para expresar información: _____

¿Con quien se trata de comunicar su hijo(a)?: _____

¿Puede ser entendido por gente desconocida? Sí No

¿Quién puede entender a su hijo(a) cuando habla y con que claridad? Use un √ para indicar:

	Siempre	Aveces	Nunca		Siempre	Aveces	Nunca
Desconocidos				Padres			
Escuela				Hermanos			
Companeros/ Amigos				Otros			

¿Qué hace su hijo(a) cuando no es comprendido? Favor de explicar (ejemplo: repite lo que le dicen, modifica lo que le dicen, termina de comunicarse, se pone frustrado/a, llora, etc.): _____

Su hijo(a) actualmente trata de comunicar usando lo siguiente (marce abajo lo que aplique) :

- apuntando
- vocalizaciones
- lenguaje semi inteligible
- comunicación aumentativa
- Lenguaje mímico por señales
- Palabras solas
- gestos
- Por escrito
- Frases de 2 palabras
- aproximaciones del lenguaje mímico por señales
- Respuestas creíbles de "Si o No"
- Frases de 3 palabras
- Otro: _____

Comunicación Aumentativa: No Aplicable

Si su hijo(a) ha sido evaluado para obtener Asistencia de Comunicación Aumentativa, favor de indicar las recomendaciones. _____

¿Usa su hijo(a) algún tipo de sistema de asistencia de comunicación aumentativa? Favor de explicar: _____

¿Cuántos ejemplos de vocabulario se muestran en el aparato de su hijo(a)? _____

¿Que tamaño son las fotos y los símbolos en el aparato de su hijo(a)? (en pulgadas): _____

¿Cómo obtiene su hijo(a) acceso a su aparato? (selección directa, examinación visual, examinación auditoria, etc.)? _____

¿Por cuánto tiempo ha usado su hijo(a) el aparato o sistema mencionado?: _____

¿Cuales han sido los éxitos o dificultades de su hijo(a) usando el aparato o el sistema mencionado? _____

Favor de indicar otros aparatos de comunicación o sistemas usados en el pasado:

_____ Con éxito Sin éxito

_____ Con éxito Sin éxito

_____ Con éxito Sin éxito

Otra información:

¿Cuáles son sus esperanzas a través de esta evaluación?

Favor de indicar cualquier información que considere importante.

