

Gracias, por escoger Access Rehab Centers. Le pedimos que complete toda la información necesaria para que nuestros terapeutas puedan completar una evaluación comprensiva de su hijo(a). Por favor de enviar este paquete por correo antes de su evaluación si es posible para ser revisado.

PEDIATRIC - CASE HISTORY FORM

Nombre de su hijo(a) (Child name): _____ Fecha de nacimiento (DOB): _____
 Direccion (Address): _____ Telefono: _____
 City, State, Zip: _____

Con quien vive su hijo(a) (Child lives with) ? _____

Nombre de la Madre (Mother): _____ Edad (Age): _____
 Ocupacion de la Madre (Occup): _____ Telefono del trabajo: _____

Nombre del Padre (Father): _____ Edad (Age): _____
 Ocupacion del Padre (Occup): _____ Telefono del trabajo: _____

Referido por (Referred by): _____ Telefono: _____
 Direccion (Address): _____

Pediatría (Doctor): _____ Telefono: _____
 Direccion (Address): _____

Otros Medicos (Other Doctors): _____ Telefono: _____
 Direccion (Address): _____

Hermanos y hermanas (incluye nombre y edades) (Sibling Names/Ages): _____

Que idioma habla su hijo(a)? (Lang. child speaks)

Cual es el idioma primario? (Primary Lang.)

Que idioma se habla en su hogar? (Lang. spoken at home)

Cual es el idioma primario hablado en su hogar? (Primary at home)

Con quien el niño(a) pasa la mayor parte de su tiempo? (Child spends more of their time with)

Como normalmente su hijo(a) se comunica? (gestos, unas palabras, frases corta, oraciones)(How does child commun?)

Porque esta trayendo su hijo(a) para una evaluación? Cuales son los problemas que has notado? (no habla, no se puede mantener sentado, tiene una condición diagnosada, etc.) (Why did you bring child for eval? What problems have you noticed?)

Cuando fue la primera ves que notaste el problema? Por quien? (When was problem first noticed? By whom?)

Que piensas que casuso el problema? (What do you think caused the problem?)

El problema ha cambiado desde la primera ves notada? (Has problem changed since it was first noticed?)

El nino(a) esta consciente del problema? Si, como el o ella se siente del problema? (is child aware of problem? Their feelings about it.)

Su hijo(a) ha estado o esta envuelto en el programa Birth to Three (intervencion temprana)? (is/was child in B-3 prog?)

Otros especialistas han visto su hijo(a)? (Medicos, psicólogos, maestras de educación especial)
Quien y cuando? Cuales fueron sus conclusiones o sus sugerencias? (Have specialists seen child? Who? When? Conclusions? Sugg?)

Otros terapistas han visto su hijo(a)? (terapia del habla, ocupacional o terapia fisica) Y era para el mismo problema? (Have other therapists seen child? PT? OT? SP? Same problem?)

Alguien de su familia tiene problemas similares de esos de su hijo(a)? (Anyone in family have similar problem?)

HISTORIA DEL NACIMIENTO Y PREMATURO (Prenatal/Birth History)

Informacion general de la madre durante el embarazo (enfermedades, accidents, medicamentos, etc.) Mother's general health during pregnancy)

Duracion del Embarazo: (Length preg) _____ Duracion del Parto: (Length Labor) _____

Condicion General: (Gen Condition) _____ Peso al Nacer: (Birth Weight) _____

Escoja tipo del nacimiento: (Type of Delivery)

Cabeza Primero (Head First)

De Pies Primero (Feet First)

Trasero Primero (Caesarian)

Cesaria (Breech)

Hubo condiciones que pudieron afectar el embarazo o nacimiento del nino(a)? Unusual Conditions that affected preg/birth?

HISTORIA MEDICA (Medical History)

Ponga la edad aproximada de cual el nino(a) ha sufrido las siguientes enfermedades o condiciones: (Provide age)

Alergico(a) (Allergies)	Asma (Asthma)	Varicelas (Chicken Pox)
Resfriados (Colds)	Convulsiones (Convulsions)	Crup (Croup)
Mareos (Dizziness)	Escuriendo de los oidos (Draining Ear)	Infecion del Oido (Ear Infect)
Hinchazon del cerebro (Encephalitis)	German Measles	Dolores de Cabeza (Headaches)
Alta Fiebre (High Fever)	Rubeola (Influenza)	Mastoiditis
Sarampion (Measles)	Meningitis	Paperas (Mumps)
Pulmonia (Pneumonia)	Ataque epileptic (Seizures)	Sinusitis
Un Zumbido en el Oido (Tinnitus)	Amigdalitis (Tonsilitis)	Otro (Other)

El nino(a) a tenido operaciones o cirugia? Y si, que tipo y cuando? (Surgeries? When/Type)

Describe mayores accidents o hospitalizaciones. (Major Accidents/Hospitalizations)

Esta tomando medicamentos? Escriba el nombre y la razon del medicamento. (Medications? Name & Reason)

Ha tenido reacciones a un medicamento? Describa por favor. (Any reactions to medications? Describe)

Ha tenido examenes del oido? Resultados? (Has child had hearing test? Results?)

HISTORIA DEL DESAROLLO (Developmental History)

Ponga la edad aproximada de cual el niño(a) empezó hacer las siguientes actividades: (Age for these activities)

Gatir (Crawl)	Usar palabras simple (no, mama, perrito) (Single words)
Sentarse (Sit)	Palabras combinadas (yo voy, papa zapato) (Combine words)
Parrarse (Stand)	Nombrar objetos simples (perro, carro, árbol) (Name simple obj)
Andar (Walk)	Usar preguntas simples (Adonde esta el perrito?) (Use simple quest)
Se Alimenta Solo (Feed self)	Tener una conversacion (Engage in conversation)
Vestir Solo (Dress self)	Uso del Indoro (Use toilet)

Tiene dificultad andando, corriendo, o participar en actividades que necesita coordinación de pequeño o grandes musculos? (Does child have difficulty walking, running, participating in activities with small/large muscle coordination?)

Sientes que su niño(a) es excesivamente torpe? (Do you feel your child is excessively clumsy?)

Ha tenido o tiene problemas de alimento (problemas chupando, tragando, batiendo, o masticando, etc.) Si, por favor describa. (Are there/have there been any feeding problems? Describe)

Describe como su niño responde al sonido (miedo a sonidos duros, responde a todo sonido, no responde a sonidos normales, etc.) (Describe child's response to sound)

Requiere asistencia su niño(a) con actividades del diario, vestir, banar, usar el baño, alimentar, etc? Y si, por favor describe el nivel de asistencia necesitada. (Child requires assist. with daily activities? Dressing, showering, bathroom, feeding. Describe)

HISTORIA EDUCACIONAL (Educational History)

Escuela: (School) _____ Grado: _____

Maestro(a): (Teacher) _____

Ha sido diagnosticado con un tipo de desibilidad de aprendizaje? (Has child been diagnosed with any type of learning disability?)

Como su hijo(a) esta haciendo al nivel academico? (How is child doing academically?)

Recibe servicios especial su niño(a)? Si, describa por favor: (Does child receive special services? Describe)

Como reacciona su nino(a) con otros (timido, agresivo, no coopera bien)? (How does child interact with others?)

Tiene el maestro(a) algunas preocupaciones? (Does child's teacher have concerns?)

Por favor note servicios especiales de educación que el niño(a) recibe. (List any special ed services child receives)

Esta su hijo(a) en escuela publica, privada, parroquial o escuela alternativa? (Is child enrolled in public/private/parochial school?)

INFORMACION SENSORIAL (Sensory Information)

Su hijo(a) tiene la tendencia de siempre estar cayendose o al dares excesivamente con cosas? (Does child tend to fall down/bang into things a lot?)

Su hijo(a) tiene una reaccion negative a: (Does child have bad reactions to)

- | | | |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Ruidos fuertes (Loud noise) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Tierra, pintura etc. En sus manos (Dirt/paint/on hands) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Algunas texturas de comida (Certain food textures) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Tener sus dientes sepellados (Having teeth brushed) | SI <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Tener su cabello peinado (Having hair brushed) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Tener ticketas en su ropa (Tags on clothes) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Tener medias o ropa pegada (Wearing socks/tight clothes) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad de movimiento de vehiculo (mareos) (Car sick) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Al ser tocado (Being touched) | Si <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |

Su hijo(a) responde normalmente al dolor? (Does child have normal response to pain?)

Su hijo(a) seria lo que llamas superactivo (siempre moviendose, no se puede sentar quieto)? (Is child hyperactive?)

Su hijo(a) parece excesivamente bago (nunca quiere hacer actividades)? (Does child seem overly lazy?)

INFORMACION ADICIONAL (Additional Information)

Por favor notar informacion adicional que pueda ayudar en la evaluacion de el problema del nino(a). (Provide any additional information that might be helpful in evaluation or remediation of the child's problem.)

Persona completando forma: (Person completing form) _____

Relacion al nino(a): (Relationship) _____

Firma: (Sign) _____ Fecha: (Date) _____

Por favor enviar este paquete de informacion por correo antes de la evaluacion si es posible, para que los terapistas puedan revisar la historia del nino(a).

En el dia de la evaluacion, por favor traer:

- ✓ Informacion del seguro (tarjetas de seguro)
- ✓ La prescripcion del medico refiriendo
- ✓ Copia de plan de Servicio Individual de Escuela (IFSP) si u nino tiene uno.
- ✓ Copia de evaluaciones hechos por especialistas (psicologos, nuerologos, etc.)

El Nino(a) no puede ser evaluado si no hay una prescripcion valida del medico.

Cuando Access Rehab Centers recibe autorizacion del seguro del nino(a) terapia comensera. La mayoría de las companias de seguro nos dan autorización entre dos semanas.

Gracias por tomar el tiempo para completer esta informacion importante. Por favor de enviar a la dirección que esta en la parte de arriba de la primera pagina tan pronto posible.

Si no es posible enviar por favor de traer contigo para la evaluacion.

For Access Rehab Use Only

Reviewed By: _____ (Therapist Signature) _____ (Date)