

Access Rehab Centers
22 Tompkins Street
Waterbury, CT 06708
(203)419-0381

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

Nombre de su hijo(a) _____ Fecha de nacimiento _____
Direccion _____ Telefono _____
Con quien vive su hijo(a) _____
Nombre de la Madre _____ Edad _____
Ocupacion de la madre _____ Telefono del trabajo _____
Nombre del Padre _____ Edad _____
Ocupacion del Padre _____ Telefono del trabajo _____
Referido por _____ Telefono _____
Direccion _____
Otros Medicos _____ Telefono _____
Direccion _____

Hermanos y hermanas (incluye nombre y edades)

¿Que idioma habla su hijo(a)? ¿Cual es el idioma primario?

¿Que idioma se habla en su hogar? ¿Cual es el idioma primario hablado en su hogar?

¿Con quien el niño(a) pasa la mayor parte de su tiempo?

¿Como normalmente su hijo(a) se comunica? (gestos, unas palabras, frases cortas, oraciones)?

¿Porque esta trayendo su hijo(a) para una evaluacion? Cuales son los problemas que has notado? (No habla, no se puede mantener sentado, tiene una condicion diagnosada, etc.)

¿Cuándo fue la primera vez que notaste el problema? Por quién?

¿Qué piensas que causó el problema?

¿El problema ha cambiado desde la primera vez notada?

¿El niño(a) está consciente del problema? Si, como él o ella se siente del problema?

¿Su hijo(a) ha estado o está envuelto en el programa Birth to Three (intervención temprana)?

¿Otros especialistas han visto su hijo(a)? (Médicos, psicólogos, maestras de educación especial) ¿Quién y cuándo? ¿Cuáles fueron sus conclusiones o sus sugerencias?

¿Otros terapeutas han visto su hijo(a) (terapia del habla, ocupacional o terapia física) y era para el mismo problema?

¿Alguien de su familia tiene problemas similares de esos de su hijo(a)?

Historia del Nacimiento y Prematuro

Informacion general de la madre durante el embarazo(enfermedades, accidentes, medicamentos, etc)

Duracion del embarazo _____ Duracion del Parto _____
Condicion general _____ Peso al Nacer _____
Escoja tipo del nacimiento:
Cabeza Primero De pies Primero Cesaria Trasero Primero

¿Hubo condiciones que pudieron afectar el embarazo o nacimiento del niño(a)?

Historia Medica

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

Asma: _____ Varicelas: _____ Crup _____
Resfriados: _____ Convulsiones: _____ Infeccion del Oido _____
Mareos: _____ Escuriendo de los oidos _____ Dolores de Cabeza _____
Hinchazon del cerebro: _____ Rubeola _____ Mastoiditis _____
Alta Fiebre: _____ Gripe _____ Paperas _____
Sarampion: _____ Meningitis _____ Sinusitis _____
Pulmonia: _____ Ataque epileptico _____ Otro _____
Un Zumbido en el Oido: _____ Amigdalitis _____
Alergico(a) a Medicamentos: _____ alergias de comida _____

¿El niño a tenido operaciones o cirugia? Y si, que tipo y cuando?

Describe mayores accidentes o hospitalizaciones.

¿Esta tomando medicamentos? Escriba el nombre y la razon del medicamento.

¿Ha tenido reacciones a un medicamento? Describa por favor.

¿Ha tenido exámenes del oido? Resultados?

Historia del Desarrollo

Ponga la edad aproximada de cual el niño(a) empezo hacer los siguientes actividades:

Gatiar _____ Sentarse _____ Parrarse _____
Andar _____ Se Alimenta Solo _____ Vestir solo _____
Uso del Inodoro _____

Usar palabras simple(no, mama, perrito, etc) _____
Palabras combinadas (yo, voy, papa, zapato, etc.) _____
Nombrar objetos simples(perro, carro, arbol, etc.) _____
Usar preguntas simples (Adonde esta el perrito?) _____
Tener una conversacion _____

Tiene dificultad andando, corriendo, o participar en actividades que necesita coordinacion de pequeno o grandes musculos?

Sientes que su niño(a) es excesivamente torpe?

Ha tenido o tiene problemas de alimento(problemas chupando, tragando, babiando, o masticando etc.) Si, por favor describa.

Describe como su niño responde al sonido (miedo a sonidos durro, responde a todo sonido, no responde a sonidos normales, etc.)

Requiere asistencia su niño(a) con actividades del diario, vestir, bañar, usar el baño, alimentar, etc? Y si, por favor describe el nivel de asistencia necesitada.

Historia Educacional

Escuela: _____ Grado: _____
Maestro(a) _____

Ha sido diagnosticado con un tipo de desibilidad de aprendizaje?

¿Como su hijo esta haciendo al nivel academico?

Recibe servicios especial su niño(a)? Si, describa por favor:

¿Como reacciona su niño(a) con otros (timido, agresivo, no coopera bien.)?

¿Tiene el maestro(a) algunas preocupaciones?

Por favor note servicios especiales de educacion que el niño(a) recibe.

Esta su hijo(a) en escuela publica, privada, parroquial o escuela alternativa?

Informacion Sensorial

Su hijo(a) tiene la tendencia de siempre estar cayendose o al darse excesivamente con cosas?

Su hijo(a) tiene una reaccion negativa a:

Ruidos fuertes-
Tierra, pintura etc. En sus manos-
Algunas texturas de comida-
Tener sus dientes sepellados-
Tener su cabello peinado-
Tener ticketas en su ropa-
Tener medias o ropa pegada-
Enfermedad de movimiento de vehiculo(mareos)-
Al ser tocado-

Su hijo(a) responde normalmente al dolor?

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

Su hijo(a) parece excesivamente bago(nunca quiere hacer actividades)?

Por favor notar informacion adicional que pueda ayudar en la evaluacion de el problema del niño(a).

Persona completando forma: _____

Relacion al niño(a): _____

Firma: _____ Fecha: _____

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 niño(a).

En el día de la evaluacion, por favor traer

- Informacion del seguro (tarjetas de seguro)
- La prescripcion del medico refiriendo
- Copia de evaluaciones hechos por especialistas (psicologos, nuerologos etc.)

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

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

Gracias por tomar el tiempo para completar esta informacion importante. Por favor enviarlo a Access Rehab tan pronto possible.