



### FORMULARIO DEL HISTORIAL DEL NIÑO

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Seguro: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_ SS #: \_\_\_\_\_

¿Vive el niño con ambos padres? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_

# de teléfono de casa: \_\_\_\_\_ # de teléfono celular: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SS #: \_\_\_\_\_

# de teléfono de casa: \_\_\_\_\_ # de teléfono celular: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Pediatra: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Hermano # 1 Edad: \_\_\_\_\_ Hermano # 2 Edad: \_\_\_\_\_ Hermano # 3 Edad: \_\_\_\_\_

¿Con quién vive el niño? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el idioma principal del niño? \_\_\_\_\_

¿Qué idiomas se hablan en casa, además del inglés? \_\_\_\_\_

¿Con quién pasa el niño la mayor parte de su tiempo? \_\_\_\_\_



**HISTORIAL DE PADRES Y NACIMIENTOS**

La salud general de la madre durante el embarazo (enfermedades, accidentes, medicamentos, etc.)

\_\_\_\_\_

Duración del embarazo: \_\_\_\_\_ Duración del trabajo de parto: \_\_\_\_\_

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ Condición general: \_\_\_\_\_

Tipo de parto: \_\_\_\_ Cabeza primero \_\_\_\_ Pies primero \_\_\_\_ Nalgas \_\_\_\_ Cesárea

¿Hubo alguna condición inusual que pueda haber afectado el embarazo o nacimiento?

\_\_\_\_ No \_\_\_\_ si

En caso afirmativo, explíquelo por favor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tuvo el niño algún problema en edad temprana para alimentarse / tragar (succión débil, ponerse "azul" al intentar amamantar, vómitos de proyectil, asfixia, falta de apetito, fatiga temprana, leche que sale por la nariz mientras amamantaba, etc.)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor, describa por qué está haciendo que su hijo sea visto para una evaluación / terapia ocupacional / del habla y el lenguaje. (Por ejemplo, voz, tartamudeo, retraso en el lenguaje expresivo / receptivo, articulación, lectura dificultad, retrasos en la motricidad fina, problemas sensoriales, atención, comportamiento, tareas, escritura, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



¿Cómo se comunica habitualmente el niño (gestos, palabras sueltas, frases cortas, oraciones)?

---

---

¿Cómo se siente y reacciona su hijo ante su capacidad para comunicarse?

---

---

¿El niño ha recibido o está recibiendo terapia ocupacional o del habla? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de terapia? \_\_\_\_\_ Dónde? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue visto el niño? \_\_\_\_\_

¿Cuáles fueron las conclusiones o sugerencias del especialista?

---

---

¿Hay antecedentes de algún miembro de la familia con déficit de habla y lenguaje?

\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si

En caso afirmativo, incluya qué miembro de la familia inmediata:

1. Problemas del habla: \_\_\_\_\_

2. Problemas de audición: \_\_\_\_\_

3. Autismo / Trastorno del espectro: \_\_\_\_\_

4. Ataques / convulsiones: \_\_\_\_\_

5. Problemas de aprendizaje: \_\_\_\_\_



### **HISTORIAL MÉDICO**

Si su hijo tiene antecedentes de lo siguiente, explique:

\_\_\_ No hay antecedentes de lo siguiente:

\_\_\_ Infecciones de oído

\_\_\_ Tubos de PE

\_\_\_ Resfriados frecuentes

\_\_\_ Bronquitis / Neumonía

\_\_\_ Drenaje del oído

\_\_\_ ¿Se han eliminado las amígdalas / adenoides?

\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Describe cualquier accidente u hospitalización importante:

\_\_\_\_\_

¿Tiene el niño algún diagnóstico médico? (por ejemplo, autismo, dislexia, retraso en el desarrollo)?

\_\_\_\_\_

¿Está tomando el niño algún medicamento? \_\_\_ No \_\_\_ Sí, explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene alergias conocidas? \_\_\_ No \_\_\_ Sí, en caso afirmativo identifique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **HISTORIAL DEL DESARROLLO**

¿Su hijo respondió Sí / No? En caso negativo, a qué edad:

\_\_\_ ¿Mantuvo la cabeza erguida a los 4 meses?

\_\_\_ ¿Primer rastreo a los 12 meses?

\_\_\_ ¿Camino primero solo a los 16 meses?

\_\_\_ ¿Aprendió a usar el baño a los 3 años?

\_\_\_ ¿Se sentó solo por primera vez a los 12 meses?



- \_\_\_ ¿Comió primero alimentos sólidos a los 12 meses?
- \_\_\_ ¿Baluceo a los 4 meses de edad?
- \_\_\_ ¿Utiliza las tijeras por primera vez a los 3 años?
- \_\_\_ ¿Se alimentó solo a los 2 años?
- \_\_\_ Imitar diferentes sonidos de consonantes a los 12 meses?
- \_\_\_ ¿Responde a su nombre/ peek-a-boo a los 8 meses?
- \_\_\_ ¿Uso \* JARGON entre los 12 y 15 meses?
- \_\_\_ ¿Dijo su primera palabra a los 12 meses?
- \_\_\_ ¿Dijo dos palabras juntas a los 24 meses?
- \_\_\_ ¿Utilizo frases cortas a los 36 meses?
- \_\_\_ ¿Agarró primero crayón / lápiz (dedo pulgar) a los 3 años?
- \_\_\_ ¿Lloraba el niño normalmente (para comunicar dolor, miedo, malestar, soledad)?

**\* JARGON se define como palabras que no son comprensibles pero que se dicen en "oraciones", donde las inflexiones del niño le permiten saber que está "diciendo algo".**

Describe las habilidades motoras gruesas de su hijo (coordinado, torpe, se cae mucho, lento, etc.) Mientras camina, corre, trepa, monta en bicicleta, patina sobre ruedas, etc.

Describe las habilidades motoras finas de su hijo al intentar colorear, escribir, dibujar y cortar con tijeras, alimentarse con utensilios, etc.

¿Se ha examinado la audición de su hijo anteriormente? \_\_\_ No \_\_\_ Si

En caso afirmativo, ¿cuándo y cuáles fueron los resultados? \_\_\_\_\_



¿El niño responde a los sonidos (por ejemplo, responde a todos los sonidos, responde solo a los sonidos fuertes, responde de manera inconsistente al sonido, etc.)?

---

Indique con una marca de verificación cualquier elemento que sea difícil para su hijo:

- |                                                                  |                                                                        |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Comer variedad de alimentos             | <input type="checkbox"/> Entender lo que escucha                       |
| <input type="checkbox"/> Seguir instrucciones o rutinas          | <input type="checkbox"/> Expresar sonidos de letras                    |
| <input type="checkbox"/> Responder preguntas                     | <input type="checkbox"/> Pronunciar palabras correctamente             |
| <input type="checkbox"/> Habla de forma organizada o gramatical  | <input type="checkbox"/> Rima oraciones correctas                      |
| <input type="checkbox"/> Presentar su punto de vista             | <input type="checkbox"/> Cantar canciones / recitando rimas infantiles |
| <input type="checkbox"/> Coordinación ojo-mano                   | <input type="checkbox"/> Tranquilizarse por si mismo                   |
| <input type="checkbox"/> Reconocer "palabras comunes"            | <input type="checkbox"/> Mantenerse los zapatos puestos                |
| <input type="checkbox"/> Recibir / dar abrazos                   | <input type="checkbox"/> Hacer burbujas                                |
| <input type="checkbox"/> Escribir su nombre                      | <input type="checkbox"/> Contar historias                              |
| <input type="checkbox"/> Pensar en palabras para nombrar objetos | <input type="checkbox"/> Mantiene las manos quietas                    |
| <input type="checkbox"/> Utilizando un sorbeto                   | <input type="checkbox"/> Entender el concepto de tiempo                |

### **HISTORIAL DE COMPORTAMIENTO**

Marque todo lo que describa a su hijo:

- |                                                     |                                                 |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Amigable                   | <input type="checkbox"/> Impulsivo / Impaciente |
| <input type="checkbox"/> Dificultades de separación | <input type="checkbox"/> Fácil                  |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir     | <input type="checkbox"/> Mal contacto visual    |
| <input type="checkbox"/> Juega bien con otros niños | <input type="checkbox"/> Hiperactivo            |
| <input type="checkbox"/> Cooperativo                | <input type="checkbox"/> Agresivo destructivo   |
| <input type="checkbox"/> No le gusta que le lean    | <input type="checkbox"/> Atento                 |
| <input type="checkbox"/> Tiene rabietas             | <input type="checkbox"/> Sueño despierto        |



\_\_\_ Mala memoria

\_\_\_ Impredecible

\_\_\_ Duerme bien

\_\_\_ Terco

\_\_\_ No tocará cierta textura

\_\_\_ No puede cambiar fácilmente de una actividad a otra

\_\_\_ Juega solo durante un tiempo razonable

\_\_\_ No le gusta que lo toquen

\_\_\_ Moja la cama

\_\_\_ Tiene pesadillas

\_\_\_ Tímido

\_\_\_ Lloro fácilmente

\_\_\_ Frustra rápido

\_\_\_ Silencioso

\_\_\_ Sensible al sonido

\_\_\_ Dispuesto a probar nuevas actividades

\_\_\_ Come bien

\_\_\_ Retirado

\_\_\_ No come ciertas texturas

\_\_\_ Rechina los dientes

\_\_\_ Muerde las uñas

\_\_\_ De mal genio

\_\_\_ Muy sensible emocionalmente

\_\_\_ Hablador

\_\_\_ Usa chupete / se chupa el dedo

\_\_\_ Torpe

\_\_\_ Inquieto

\_\_\_ Distráido / corto período de atención

\_\_\_ Respirador bucal

\_\_\_ Ronca



PLAY PALS THERAPY  
1428 Sunrise Plaza Drive  
Suite 3  
Clermont, FL 34714

**HISTORIAL EDUCACIONAL**

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_

¿Cómo le va al niño académicamente (o pre-académicamente)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Recibe el niño servicios especiales?

\_\_\_ No \_\_\_ Si

En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

¿Cómo interactúa el niño con los demás (por ejemplo, tímido, agresivo, poco cooperativo, etc.)?

\_\_\_\_\_

Proporcione cualquier información adicional que pueda ser útil en la evaluación o corrección de las necesidades del niño: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Persona que completa el formulario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Relación hacia el niño: \_\_\_\_\_



**PLAY PALS THERAPY**  
**1428 Sunrise Plaza Drive**  
**Suite 3**  
**Clermont, FL 34714**

**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_, paciente / cliente autorizo legalmente a PLAY PALS THERAPY, INC. A evaluar \_\_\_\_\_ para los servicios de patología del habla / lenguaje / terapia ocupacional. También autorizo a PLAY PALS THERAPY, INC. a divulgar registros médicos de patología del habla y lenguaje / terapia ocupacional a

\_\_\_\_\_.

Persona que completa el formulario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Relación hacía el niño: \_\_\_\_\_



PLAY PALS THERAPY  
1428 Sunrise Plaza Drive  
Suite 3  
Clermont, FL 34714

**AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO**

Al tener una afección que requiere diagnóstico y tratamiento, por la presente doy mi consentimiento voluntario para dicho procedimiento de diagnóstico y tratamiento por parte de PLAY PALS THERAPY, INC. Soy consciente de que la terapia no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha brindado ninguna garantía como resultado de tratamiento. He leído este formulario y certifico que entiendo su contenido completo.

Persona que completa el formulario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Relación hacía el niño: \_\_\_\_\_



**PLAY PALS THERAPY**  
**1428 Sunrise Plaza Drive**  
**Suite 3**  
**Clermont, FL 34714**

**POLÍTICA DE PAGO**

1. Se espera el pago en el momento en que se ofrecen los servicios, a menos que se hayan hecho otros arreglos por adelantado y hayan sido aprobados por el Director.
2. Si los servicios se facturan, los términos son “30 netos”, lo que significa que se espera el pago total dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la factura.
3. PLAY PALS THERAPY INC., Ayudará a llenar las reclamaciones del seguro, pero el destinatario de los servicios es el responsable final del pago de la factura.

Persona que completa el formulario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Relación hacia el niño: \_\_\_\_\_



PLAY PALS THERAPY  
1428 Sunrise Plaza Drive  
Suite 3  
Clermont, FL 34714

**POLÍTICA DE CANCELACIÓN**

Efectivo Inmediatamente...

Todos los días hay pacientes que no vienen a su cita programada.

Esto continúa creando problemas para la oficina y para los pacientes, que necesitan una cita y no la obtienen por falta de espacio.

Por esta razón vamos a cobrarle \$25.00 por faltar a su cita y no dar aviso previo de que no podía asistir.

Por favor piense en otros pacientes que necesitan su ayuda y si no puede venir avise por lo menos con 24 horas de anticipación.

Entiendo que se me cobrará \$25.00 si no cancelo la cita programada con la debida anterioridad. Este valor debe ser saldado antes de entrar a su próxima cita programada.

Gracias,

Persona que completa el formulario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Relación hacía el niño: \_\_\_\_\_



PLAY PALS THERAPY  
1428 Sunrise Plaza Drive  
Suite 3  
Clermont, FL 34714

**PADRES, SI FIRMÓ LA POLÍTICA DE CANCELACIÓN,  
HABRÁ UN CARGO DE \$25.00 POR CADA TERAPIA QUE  
NO SE PRESENTE O QUE NO SE CANCELE 24 HORAS  
ANTES.**

---

**Firma del Padre o Tutor**



PLAY PALS THERAPY  
1428 Sunrise Plaza Drive  
Suite 3  
Clermont, FL 34714

## **¡AVISO!**

**No hay nada más importante que el bienestar de tus niños. El Cuidado Familiar, se enfoca en las necesidades del niño y de su contexto familiar. Las familias son vistas como participantes activos en la terapia de su hijo y no son excluidas del proceso.**

**Le agradecemos y solicitamos que todo niño que reciba terapias en nuestro centro **NO PUEDE QUEDAR SOLO** en ningún momento durante el proceso de recibir sus terapias. Los padres deben permanecer en la sala de espera.**

**Gracias.**

**La Administración se reserva el derecho de admisión.**

---

**Firma del Padre o Tutor**



**PLAY PALS THERAPY**

1428 Sunrise Plaza Dr. Suite 3  
Clermont, FL 34714

Telephone: (352) 301-7535 / Fax: (352) 275-5024  
playpalstx@gmail.com

I, \_\_\_\_\_, hereby grant 'Play Pals Therapy LLC' permission to take and publish photographs and videos of myself and my child for any lawful purpose, including, but not limited to, their website, social media accounts and promotional material, either digital or in print, in perpetuity. I \_\_\_\_\_ deny permission to use my name or any other personal information.

By signing and dating this document I authorize 'Play Pals Therapy LLC' to edit, alter, share, remix, tweak, build upon or in any way alter the photograph/video(s) mentioned above. I also wave any rights of privacy or compensation associated with the use of my image(s) for the commercial purposes outlined above.

---

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente otorgo permiso a 'Play Pals Therapy LLC' para tomar y publicar fotografías y videos de mí y de mi hijo para cualquier propósito legal, incluidos, entre otros, su sitio web, cuentas de redes sociales y material promocional, ya sea digital o en forma impresa, a perpetuidad. Yo \_\_\_\_\_ niego el permiso para usar mi nombre o cualquier otra información personal.

Al firmar y fechar este documento, autorizo a 'Play Pals Therapy LLC' a editar, alterar, compartir, remezclar, modificar, desarrollar o alterar de alguna manera las fotografías / videos mencionados anteriormente. También renuncio a cualquier derecho de privacidad o compensación asociado con el uso de mi(s) imagen(s) para los fines comerciales descritos anteriormente.

\_\_\_\_\_  
**Patient/Parent or Legal Guardian Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**