



**Cuestionario de Audición y Habla
Lenguaje Académico/Lectura/Dislexia**
7093-058S MR 07/16 (Translated 11/16)



Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: ___ Sexo: Masculino Femenino Idioma: _____

Fecha de la cita: ___/___/___ Hora: ___:___ AM PM

****Por favor, llegue 15 minutos antes de su cita****

SE PROGRAMÓ SU VISITA EN LA UBICACIÓN QUE SE MARCÓ ABAJO:

**Children's Mercy Kansas
College Boulevard Clinics**
5520 College Blvd Ste 370
Teléfono: 913-696-5750
Fax: 913-696-5761

**Children's Mercy
Northland**
501 NW Barry Road
Kansas City, MO 64155
Teléfono: 816-413-2500
Fax: 816-234-3291

Children's Mercy East
20300 E Valley View Pkwy
Independence, MO 64057
Teléfono: 816-478-5200
Fax: 816-478-5294

Scottish Rite Temple
1330 E Linwood Blvd
Kansas City, MO 64109
Teléfono: 816-561-2277,
ext 108

ANTES DE SU CITA:

- Complete y devuelva este cuestionario en el sobre que se le brindó junto con la documentación requerida al menos **UN MES ANTES DE SU CITA:**
 - Programa de Educación Individualizado (IEP por sus siglas en inglés) y/o el Plan 504.
 - Cualquier prueba formal que haya realizado un patólogo del habla y lenguaje, un profesor de problemas de aprendizaje, un tutor de lectura y/o un psicólogo de la escuela o de una agencia externa.
 - Una muestra de su escritura.
 - Una foto reciente del niño.
- Regístrese en internet en: <http://www.childrensmercy.org> y haga clic en *Parents & Children*, luego clic en *Pre-Registration*, elija *Hearing and Speech Clinic* o *Hearing & Speech* del menú desplegable adecuado. Complete el formulario de inscripción al menos una semana antes de su cita.
- Si tiene un seguro comercial: Compruebe su cobertura. Pida que su médico complete todos los formularios de autorización y referencias necesarias. Envíelas por fax al número que se muestra junto con la dirección de su cita. También puede enviarlas o traerlas con su otra documentación.
- El hospital Children's Mercy (CMH por sus siglas en inglés) acepta Medicaid.
- Comuníquese con la oficina de Consejeros Financieros del hospital Children's Mercy al (816) 234-3567 para hablar sobre opciones adicionales.
- Guardería para que alguien cuide de sus otros niños.

****SI YA NO NECESITA ESTA CITA, POR FAVOR COMUNÍQUELO PARA QUE PODAMOS OFRECER LA HORA DE LA CITA A OTRA FAMILIA****

EL DÍA DE SU VISITA:

- Permita un tiempo de 3 a 3.5 horas para su visita.
- Alimente a su niño antes de venir o traiga un aperitivo.
- Le pediremos que permanezca con su niño y participe durante la evaluación.

Cuestionario de Audición y Habla Lenguaje Académico/Lectura/Dislexia

7093-058S MR 07/16 (Translated 11/16)



INFORMACIÓN GENERAL

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de casa: (____) _____ - _____ Teléfono alternativo: (____) _____ - _____

Padre/Tutor: _____

Idioma: _____ Edad: _____ ¿Vive en la casa? No Sí

Nivel de educación más alto: _____ Ocupación: _____ Empleador: _____

Teléfono de casa: (____) _____ - _____ Teléfono del trabajo: (____) _____ - _____ Otro teléfono: (____) _____ - _____

Madre/Tutor: _____ Idioma: _____

Edad: _____ ¿Vive en la casa? No Sí

Nivel de educación más alto: _____ Ocupación: _____ Empleador: _____

Teléfono de casa: (____) _____ - _____ Teléfono del trabajo: (____) _____ - _____ Otro teléfono: (____) _____ - _____

Contacto de Emergencia/Relación con el niño: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

Hermanos y hermanas:

<u>Nombre</u>	<u>Sexo</u>	<u>Edad</u>	<u>¿Vive en casa?</u>	<u>Problemas pasados y presentes</u>
_____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	_____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	_____
_____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	_____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	_____
_____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	_____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	_____
_____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	_____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	_____

Médico de cabecera (PCP): _____ Teléfono del consultorio: (____) _____ - _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Escuela: _____ Teléfono: (____) _____ - _____

Maestro/Persona de contacto: _____ Fax: (____) _____ - _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Grado: _____ ¿su niño tiene un IEP y/o Plan 504? _____ Si es afirmativo, por favor entregue una copia.

¿Su niño recibe intervenciones de lectura actualmente o ha recibido intervenciones de lectura? _____

Si es afirmativo, por favor explique: _____

Fuente de Referencia: _____ Teléfono del consultorio: (____) _____ - _____

¿Hemos visto a su niño en Children's Mercy? No Sí (vea a continuación)

Si es afirmativo, ¿en qué clínica/unidad y cuándo? _____

RAZÓN DE LA VISITA

Describe el(los) problema(s) que su niño tiene y cuándo los notó por primera vez: _____

¿Qué objetivos le gustaría cumplir como resultado de esta evaluación? _____

HISTORIAL MÉDICO

1. Medicamentos actuales, incluyendo vitaminas, suplementos de hierbas, medicamentos sin prescripción (menciones los nombres y para qué los usa): _____

2. Reacciones adversas _____ No tiene.



Cuestionario de Audición y Habla Lenguaje Académico/Lectura/Dislexia

7093-058S MR 07/16 (Translated 11/16)



3. Marque todas las que corresponden a su niño actualmente o en el pasado:

- Asma
- Trastorno de déficit de atención (hiperactividad) (TDA/TDAH)
- Preocupaciones de atención
- Autismo
- Problemas de comportamiento
- Problemas para respirar con o sin ejercicio
- Torpeza
- Dificultad para aprender los días de la semana
- Dificultad para aprender a amarrarse los zapatos
- Dificultad para aprender la correspondencia entre letras y sonidos
- Dificultad para establecer dominio en la mano/mezcla después de los 4 años
- Dolor o infección en el oído
- Se distrae fácilmente
- Problemas emocionales
- Problemas/preocupaciones de alimentación
- Resfriados frecuentes, problemas del sinus o drenaje de fluidos
- Tos frecuente
- Problema de audición o para escuchar o entender bajo algunas condiciones
- Acidez o reflujo
- Fiebre alta
- Ronquera
- Incapacidad o renuencia a permanecer sentado
- Falta de coordinación
- Falta de compañeros de juego (o compañeros de su edad)
- Problemas de aprendizaje o aprendizaje lento
- Dificultad para aprender a decir la hora
- Dificultad para reconocer la derecha e izquierda (direccionalidad)
- Dificultad para aprender matemáticas y conceptos de cantidad (como uno, dos, más, menos, todo, algunos, ninguno, excepto)
- Dificultad para aprender rimas infantiles o canciones de niños
- Dificultad para aprender series de números (números de teléfono, direcciones, fechas de nacimiento, etc.)
- Dificultad para aprender los nombres de las letras
- Reversión de letras/números después de 2 años de práctica/instrucción de escritura
- Múltiples discapacidades (enliste abajo)
- No sigue instrucciones
- Memoria deficiente (se olvida con facilidad)
- Escritura deficiente
- Deletreo deficiente
- Dificultad para pronunciar palabras con más de una sílaba
- Intervención en lectura
- Dificultad para reconocer símbolos familiares, formas o colores
- Dificultad para volver a contar hechos significativamente y secuencialmente (en orden)
- Alergias estacionales (fiebre del heno)
- Preocupaciones del sueño
- Problema de habla o lenguaje (por ejemplo, dificultad para entender, problemas para leer o deletrear)
- Tartamudeo
- Berrinches
- Dificultad para entender conceptos temporales (como antes, después, siguiente, primero, último)
- Infecciones/enfermedades respiratorias altas
- Problemas de visión
- Otros problemas de salud o enfermedad grave

4. Describa cualquier preocupación marcando las casillas de abajo y brindando información para los especialistas de otro lugar que no sea Children's Mercy.

• Nombre del especialista o médico del servicio: _____

Tipo de profesional o especialista: Consejero/Sicólogo Siquiatra Terapeuta físico/ocupacional

Audiólogo Terapeuta del habla/lenguaje Otro: _____

Teléfono: (____) _____ - _____ Dirección: _____

Tipo de evaluación, prueba, y/o servicios de tratamiento: _____

¿Para qué? _____

¿Cuándo y por cuánto tiempo se brindaron estos servicios? _____

Resultados: _____

• Nombre del especialista o médico del servicio: _____

Tipo de profesional o especialista: Consejero/Sicólogo Siquiatra Terapeuta físico/ocupacional

Audiólogo Terapeuta del habla/lenguaje Otro: _____

Teléfono: (____) _____ - _____ Dirección: _____

Tipo de evaluación, prueba, y/o servicios de tratamiento: _____

¿Para qué? _____

¿Cuándo y por cuánto tiempo se brindaron estos servicios? _____

Resultados: _____

5. ¿Su niño ha estado hospitalizado? No Sí, explique: _____



Cuestionario de Audición y Habla Lenguaje Académico/Lectura/Dislexia

7093-058S MR 07/16 (Translated 11/16)



6. ¿Su niño ha tenido cirugía? Marque y escriba las fechas para todas las que corresponda:

Amigdalectomía: ___/___/___ Tubos en el oído: ___/___/___ Adenoamigdalectomía: ___/___/___

Otro: _____, ___/___/___ Otro: _____, ___/___/___

7. ¿Algunos de los familiares de su niño ha tenido una de las siguientes? (Marque y explique todas las que corresponda.)

Problemas de audición o pérdida de audición: _____

Problemas de lenguaje o habla: _____

Problemas de aprendizaje o lectura: _____

Problemas de atención: _____

Hiperactividad: _____

Dificultades para deletrear: _____

Dificultades para escribir: _____

HISTORIAL DE NACIMIENTO Y DESARROLLO GENERAL

1. Peso al nacer: ___ libras ___ onzas

2. Marque lo que corresponda: Término completo Prematuro, ___ semanas Parto normal Cesárea

3. ¿La madre tuvo complicaciones o problemas de salud durante el embarazo? No Sí, describa: _____

4. ¿Tuvo problemas su niño en aprender a succionar de recién nacido? No Sí, explique: _____

5. Marque cada meta del desarrollo que su niño ha alcanzado y escriba a qué edad hizo cada uno:

Sentarse por sí mismo: _____ Caminar solo: _____ Comer con cuchara: _____

Beber en biberón: _____ Beber en taza: _____ Comer alimentos de mesa: _____ Comer por sí mismo: _____

Abrocharse botones: _____ Quitarse el abrigo: _____ Vestirse: _____

Seguir instrucciones simples: _____ Responder a su nombre: _____

Decir primeras palabras (empezar a balbucear): _____ Decir "mamá" o "papá" sabiendo lo que significa: _____

Usar oraciones de 2 a 3 palabras: _____

Describir actividades a otras personas: _____ Involucrarse en conversaciones: _____

6. ¿Tuvo alguna preocupación relacionada al alcance de metas de desarrollo como caminar y/o hablar? No Sí

Si es afirmativo, explique: _____

7. ¿Con qué frecuencia su niño lee por placer? _____

Firma de la persona que completó este formulario

Nombre impreso de la persona que completó este formulario

Relación con el niño

_____/_____/_____
Fecha