

Patient Medical Information



Child's Name / *Nombre del Niño* _____ DOB: ____/____/____ Age/ *Edad*: ____

Parent's Name/ *Nombre de los padres* _____

Address/ *Domicilio* _____ City _____ State _____ Zip _____

Home Telephone / *Telefono de casa* _____ Cell Phone/ *Telefono Cellular* _____

Place of Birth/ *Lugar de Nacimiento* _____ Length of Residence in U.S.A/*Tiempo de Residencia en US* _____

Physician's Name/ *Nombre del Doctor* _____ Phone/ *Telefono* _____

Does the child live with both parents?/ *Vive el niño con ambos padres?* _____

Name and ages of Brothers and Sisters/ *Nombres y edades de los hermanos y hermanas* _____

Languages spoken at home/ *Idiomas hablados en la casa* _____

Languages spoken by child/ *Idiomas hablados por el niño* _____

Describe the Speech-Language concern/ *Que le preocupa de la comunicacion del niño* _____

When was the problem first noticed?/ *Cuando se noto el problema?* _____

Has the problem changed since it was first noticed?/ *Ha cambiado el problema desde que fue notado?* _____

Has any other specialist seen the child? If yes indicated the type of specialist and when the child was seen/ *Ha sido visto el niño por otro doctor? En case afirmativo indique la especialidad y cuando el niño fue visto*

Prenatal and Birth History

Was your delivery premature, normal, delayed, or cesarean?/ *Fue su parto prematuro, normal, retrasado o cesarea?* _____

Did you smoke or consume alcoholic beverage regularly during the pregnancy? / *Fumo o bebio alcohol durante el embarazo?* _____

Did you have any infection, illness, accident or injuries during the pregnancy?/ *Tuvo infecciones, enfermedades, accidentes o golpes durante el embarazo?* _____

When did you begin to receive medical attention for the pregnancy?/ *Cuando empezo a recibir atencion medica con este embarazo?* _____

What medications did you take during your pregnancy?/ *Que medicamentos tomo durante el embarazo?* _____

Where there any complications during the delivery? / Tuvo complicaciones durante el parto? _____

Did you receive medications during the delivery?/ Recibio medicamentos durante el parto? _____

What did the child weight at birth?/ Cuanto peso el niño al nacer? _____

Did the child suffer any complications at birth?/ Sufrio el niño alguna complicacion al nacer? _____

Developmental History

How old was your child when/ Que edad tenia el niño cuando:

*Sat without help/ Se sento sin ayuda _____

*Began to crawl/ Empezo a gatear _____

*Walked without help/ Camino sin ayuda _____

*Said first words/ Dijo sus primeras palabras _____

*In what language/ En que idioma _____

*Began to combine two words/ Empezo a combinar dos palabras _____

*Began to combine three or more words/ Empezo a combinar tres o mas palabras _____

Does the child have or has had any feeding problems?/ El niño ha tenido o tiene problemas para comer? _____

If yes, please describe/ En caso afirmativo por favor describalo _____

Medical History

___ Ashma/ asma

___ Bronchitis/ bronquitis

___ Throat Infection/ Infeccion de la garganta

___ Convulsions/ Convulsiones

___ Mumps/ Papera

___ Dehydration/ deshidratacion

___ Bladder problems/ Problemas de la vejiga

___ Epilepsy/ Epilepsia

___ High Fever/ Fiebre alta

___ Kidney Problems/ Problema de los

___ Pneumonia/ Neumonia

___ Tonsil Infection/ infeccion de anginas

___ Ear infection/ Infeccion del oido How Many?/Cuantas? _____

Any other illness? / Algun otra enfermedad? _____

Education History: Does the child attend day care or preschool/ Asiste el niño al colegio o guarderia? _____

Signature/ Firma

Relationship to child/ Parentesco

Date/ Fecha