

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 _____

Email: _____

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? _____

Any IFSP or IFP plan?/ Algun plan IFSP o IFP? _____ If Yes, copy/Si hay, copia _____

Hearing screening/Evaluation? / Chequeo/Evaluacion Audiologica: _____

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