

APLICACIÓN DEL HABLA Y LENGUAJE PARA NIÑOS

SAN DIEGO STATE UNIVERSITY
SPEECH-LANGUAGE CLINIC
5500 CAMPANILE DRIVE, SAN DIEGO, CA 92182-1518
(619) 594-7747

Fecha de Aplicación _____

1. Nombre del Aplicante _____ Fecha de Nacimiento _____

2. Dirección _____ Teléfono _____
(Numero, Calle, Ciudad, y Código Postal)

3. Nombre de la Persona Llenando la Aplicación _____
Relación al Cliente _____ Teléfono _____

4. ¿Quién lo recomendó a esta clínica? _____
Relación al Cliente _____

5. ¿Ha recibido el aplicante alguna terapia o evaluación del habla o lenguaje? Sí No
Si contestó "sí" a la pregunta, ¿cuando? y ¿con quien? _____

6. Por favor nombre las escuelas que ha atendido el aplicante.
Fecha de asistencia _____ Grado _____ a _____
Escuela _____ Dirección _____
Fecha de asistencia _____ Grado _____ a _____
Escuela _____ Dirección _____

7. ¿Ha tenido el aplicante algun exámen psicológico (evaluación de inteligencia o salud mental)?
Sí No Si contestó "sí" a la pregunta, ¿cuando? y ¿con quien? _____
Resultados _____

8. ¿Ha tenido el aplicante un exámen medico en los últimos doce meses? Sí No
Si contestó "sí" a la pregunta, ¿cuando? y ¿con quien? _____
Resultados _____

9. ¿Ha tenido el aplicante un exámen de oído en los últimos doce meses? Sí No
Si contestó "sí" a la pregunta, ¿cuando? y ¿con quien? _____
Resultados _____

10. Describa el habla del aplicante. Favor de leer cuidadosamente y notar todas las que apliquen.

- a. _____ dice nada
- b. _____ raramente habla
- c. _____ habla poquito, pero la mayoría de la gente no le entiende
- d. _____ habla mucho, pero la mayoría de la gente no le entiende
- e. _____ habla libremente, pero su lenguaje es de un niño menor
- f. _____ parece que no entiende cuando se le habla
- g. _____ no produce muchos sonidos correctamente
- h. _____ habla a través de su nariz
- i. _____ tartamudea
- j. _____ repite muchas palabras, sonidos o sílabas
- k. _____ cuando habla pausa mucho; parece que tiene problemas en decir las palabras
- l. _____ parece que tiene dificultades pensando en las palabras que quiere decir

11. Por favor describa los problemas del habla y lenguaje acerca del aplicante:

12. Lo siguiente pertenece al comportamiento vocal/verbal del aplicante. Favor de leer las oraciones cuidadosamente y indicar "Sí" o "No" a cada artílo, aunque no pueda recordar exactamente.

Cuando era bebé, el aplicante:

- a. balbuceaba y se arrullaba despues de darle de comer y durante otro tiempo al estar contento
Sí No
- b. balbuceaba y se arrullaba cuando jugaba solo
Sí No
- c. hablaba en conversaciones imitadas usando palabras y sonidos que usted no entendia
Sí No
- d. trataba de repetir o imitar palabras que usted decía
Sí No
- e. paró de balbucear, imitar, o usar pallabras que usted no entendía por un tiempo
Sí No

13. Cuantos años tenia el aplicante cuando:

- a. dijo sus primeras palabras _____
¿cuales fueron? _____
- b. empezó a usar frases cortas de dos o tres palabras _____
¿cuales fueron? _____
- c. ¿se sentó sin asistencia? _____
- d. ¿empezó a gatear? _____
- e. ¿empezó a caminar? _____

14. ¿Ha sido el problema del habla del aplicante diagnosticado como resulta de una abnormalidad física?

Sí No Si contestó "sí" describa _____
¿Quien hizo el diagnóstico? _____ ¿cuándo? _____

15. ¿Ademas de Inglés, han sido usados otros idiomas en casa? Sí No

Si contesto "sí", ¿cuales? _____

16. ¿Cómo fue el desarrollo de habla? Gradual _____ De repente _____

El habla del aplicante: ha mejorado _____ no ha cambiado _____ ha empeorado _____

17. ¿Se empeora el habla del aplicante durante ciertas circunstancias? Sí No

Si contestó "sí" describa _____

18. ¿Se ha hecho algo en casa para corregir el problema del habla? Sí No

Si contestó "sí" describa _____

19. ¿Qué piensa usted que fue la causa del problema de habla del aplicante? _____

20. ¿Esta enterado el aplicante sobre su problema de habla? Sí No

Si contestó "sí", ¿como se siente el/ella? _____

21. ¿Han sido afectadas las relaciones con otros a causa del habla del aplicante? Sí No

Si contestó "sí" describa _____

22. Las siguientes preguntas se refieren a condiciones antes y despues del nacimiento del aplicante.
- ¿Por cuánto tiempo duró el embarazo? _____
 - Durante el embarazo, ¿tuvo la madre problemas de salud o de emoción? Sí No
Si contestó "sí" describa _____
 - ¿Es la madre "Rh" negativa? Sí No
 - ¿Qué fue la edad de la madre al nacer el aplicante? _____
 - ¿Por cuánto tiempo duró el parto? _____
 - ¿Fueron usados aparatos durante el parto? Sí No
 - ¿Fue el parto por cesárea? _____
 - ¿Qué fue el peso del aplicante al nacer? _____
 - ¿Qué fue el resultado de la evaluación medica sobre la salud del bebé al nacer? _____

23. a. ¿Tomó pecho el aplicante? Sí No Si contestó "sí" ¿por cuánto tiempo? _____
- b. ¿Tomó con botella el aplicante? Sí No Si contestó "sí" ¿por cuánto tiempo? _____
- c. ¿Tuvo dificultades comiendo o dejando de mamar? Sí No
Si contestó "sí" describa _____
- c. ¿Hay algun problema comiendo ahora (masticando, pasando comida, chupando por un popote)?
Sí No Si contestó "sí" describa _____

24. ¿Ha tenido problemas mojando la cama el aplicante despues de su entrenamiento de baño?
Sí No Si contestó "sí" ¿durante qué edad y cuál circunstancia? _____

25. ¿Se ha mamado los dedos el aplicante? Sí No Si contestó "sí" describa _____

26. ¿En este tiempo, tiene problemas de salud el aplicante? Sí No Si contestó "sí" describa _____

27. a. ¿Ha tenido operaciones el aplicante? Sí No Si contestó "sí" describa _____
- b. ¿Ha sido hospitalizado el aplicante? Sí No Si contestó "sí" describa _____

28. ¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades el aplicante?
- | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------|------------|--------------|
| Sarampión | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Edad _____ | Leve _____ | Severo _____ |
| Paperas | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Edad _____ | Leve _____ | Severo _____ |
| Neumonía | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Edad _____ | Leve _____ | Severo _____ |
| Amigdalitis | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Edad _____ | Leve _____ | Severo _____ |
| Infección de Oído | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Edad _____ | Leve _____ | Severo _____ |
| Fiebre de Heno | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Edad _____ | Leve _____ | Severo _____ |
| Otras Alergias | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Edad _____ | Leve _____ | Severo _____ |
| Asma | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Edad _____ | Leve _____ | Severo _____ |
| Gripa | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Edad _____ | Leve _____ | Severo _____ |
| Resfriado Frecuente | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Edad _____ | Leve _____ | Severo _____ |
| Fiebre Alta | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Edad _____ | Leve _____ | Severo _____ |
| Convulsiones/Ataques | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Edad _____ | Leve _____ | Severo _____ |
| Epilepsia | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Edad _____ | Leve _____ | Severo _____ |
| Problemas Estomacales | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Edad _____ | Leve _____ | Severo _____ |
| Problemas de Glándula | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Edad _____ | Leve _____ | Severo _____ |
| Problemas del Corazón | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Edad _____ | Leve _____ | Severo _____ |
- Otro: _____

29. Tuvo el aplicante algún efecto a cause de una enfermedad notada arriba? Sí No Si contestó "sí" describa _____

30. ¿Esta viviendo el aplicante con alguna persona que no sea su padre natural? Sí No Si contestó "sí" describa _____

31. ¿Hay alguien en la familia o en el ambiente del aplicante que tenga problemas del habla o del oído? Si contestó "sí" describa la relacion al aplicante y de una breve descripcion del problema de comuicacion: _____

32. Nombre del padre: _____ Edad: _____
Su nivel de educacion: _____
Ocupación: _____
Empleador: _____

33. Nombre de la madre: _____ Edad: _____
Su nivel de educacion: _____
Ocupación: _____
Empleador: _____

34. a. ¿Quien principalmente cuido el aplicante durante:
Nacimiento a un año? _____ Uno a dos años? _____
b. Si el aplicante atendio una guardería de niños, apunte el horario _____

35. Favor de apuntar todos los miembros viviendo con el aplicante durante el presente:

Nombre	Edad	Relación al aplicante
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

GRACIAS FOR LLENAR ESTA FORMA COMPLETAMENTE.