

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_



## **Formulario de admisión de terapia del habla y el lenguaje**

Describa el problema del habla / lenguaje de su hijo con sus propias palabras:

---

---

¿A qué edad se notó este problema por primera vez?

---

¿Quién notó el problema por primera vez?

---

¿Cómo ha cambiado el problema desde entonces?

---

---

¿Su hijo usa el habla?  De vez en cuando  Nunca  Con frecuencia

¿Cuáles son los estilos de comunicación actuales que usa su hijo? Marque todo lo que corresponda:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vocalizaciones sin palabras | <input type="checkbox"/> Oraciones completas            |
| <input type="checkbox"/> Palabras sueltas            | <input type="checkbox"/> Gestos y / o señalar solamente |
| <input type="checkbox"/> Palabras y gestos           |   |
| <input type="checkbox"/> Frases cortas               |   |
| <input type="checkbox"/> Combinaciones de palabras   |   |

Tamaño estimado del vocabulario expresivo (número de palabras que el niño usa espontáneamente):

---

¿Se usa el orden correcto de las palabras en las oraciones / frases?  Sí  No

¿Tiene dificultad para entender a su hijo?  Sí  No

¿Tienen otras personas dificultades para entender a su hijo?  Sí  No

¿Su hijo se siente frustrado por la incapacidad de comunicarse?  Sí  No

¿Cree que su hijo tartamudea?  Sí  No

¿Ha tenido su hijo dificultades para alimentarse o tragar?  Sí  No

¿Qué tan bien entiende su hijo lo que se le dice (capacidad para seguir instrucciones y comprender el significado de las palabras)? \_\_\_\_\_

---

¿Ha tenido su hijo algún problema para aprender a leer?  Sí  No

¿Aprende a escribir?  Sí  No

En caso afirmativo, explique:

---