



**Registro de admisión de paciente nuevo**

Fecha de admisión del paciente: \_\_\_\_\_

Persona que diligencia el registro de ingreso: \_\_\_\_\_ (Inicial)

Evaluación programada  Agregado/a la lista de espera  Solicitud de intérprete

¿Qué servicios está solicitando?  **Terapia del lenguaje**  **Terapia Ocupacional**

**Información del paciente**

Nombre del niño/niña: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del padre/madre o tutor/a: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono preferido \_\_\_\_\_ Correo electrónico de contacto: \_\_\_\_\_

¿Cuál es el idioma principal del niño/a (que comprende y/o habla)? \_\_\_\_\_

¿Se habla otro idioma además del inglés en el hogar? \_\_\_\_\_

¿Se requiere un intérprete para la evaluación? Si No ¿Para Quién? Padres/Cuidador Niño-a Ambos

**Información del seguro médico**

Seguro médico: \_\_\_\_\_ Titular #: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Seguro médico secundario: \_\_\_\_\_ Titular #: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Información adicional**

**¿El niño/a tiene algún diagnóstico médico? (p. ej., autismo, TDAH)**  Sí  No

En caso **afirmativo**, indíquelo aquí \_\_\_\_\_

**En caso negativo, ¿le preocupa que su hijo/a pueda tener autismo?**  Sí  No

*Si contestó que **Sí**, "tenga en cuenta que no podemos diagnosticar autismo en nuestra clínica; sin embargo, nuestros terapeutas del lenguaje pueden realizar evaluaciones de detección de autismo y referirle para un diagnóstico, si es necesario."*

**Observaciones:**

**¿Ha tenido una evaluación de terapia del lenguaje o terapia ocupacional de carácter médico (no escolar) en los últimos 6 meses**  Sí  No

¿Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ (Si la evaluación fue hace menos de 6 meses, pueden enviar los resultados para determinar si se necesita una evaluación adicional, si esta no está relacionada con la escuela)

**¿Su hijo/a recibe actualmente algún otro tipo de servicios de terapia?**

Servicios escolares  ABA (Análisis de Conducta Aplicado)  Terapia física  Consejería / Salud mental  
 Otro \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nosotros? \_\_\_\_\_

PCP: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## Motivos de consulta y preocupaciones iniciales para terapia del lenguaje

### ¿Cómo se comunica actualmente su hijo/a?

No se comunica  Señales / gestos  Sonidos / palabras  Oraciones  Otro: \_\_\_\_\_

### ¿Cuáles son las preocupaciones relacionadas con la terapia del lenguaje?

#### Marque todas las que correspondan:

No verbal o habla limitada

(¿Usa un dispositivo de comunicación aumentativa y alternativa – AAC?  Sí  No; En caso afirmativo, ¿nombre del dispositivo?) \_\_\_\_\_

Retraso en los hitos del habla y lenguaje

El habla es difícil de comprender

Dificultad para comunicar deseos y necesidades (p. ej., se frustra con frecuencia, hace berrinches)

Dificultad para seguir instrucciones y órdenes

Dificultad para expresar pensamientos e ideas

Dificultad para comprender y usar habilidades sociales apropiadas para su edad

Problemas de voz (p. ej., voz ronca, nódulos vocales)

Tartamudez (p. ej., se queda atascado en sonidos/palabras, repite sonidos/palabras al hablar)

Otro: \_\_\_\_\_

## Preocupaciones de ingreso para Terapia Ocupacional

### ¿Cuáles son las preocupaciones relacionadas con la terapia ocupacional? Marque todas las que correspondan:

Preocupaciones sensoriales – evita actividades, busca actividades y/o tiene aversión al tacto, vista, sonidos u olores

Dificultad con las habilidades motoras gruesas (p. ej., caminar, saltar, brincar o a menudo torpe, caídas)

Dificultad con las habilidades de autocuidado / motricidad fina (p. ej., vestirse/desvestirse, tareas de aseo personal o atarse los zapatos)

Dificultad para realizar transiciones entre actividades sin problema

Dificultad para concentrarse en las tareas

Falta de habilidades de juego

Dificultad con la escritura a mano

Dificultad con habilidades de autorregulación (por ejemplo, calmarse cuando está molesto/emocionado, control de impulsos)

Dificultad con las habilidades de funcionamiento ejecutivo (por ejemplo, resolución de problemas, memoria de trabajo, planificación)

Otro: \_\_\_\_\_

## Preguntas de ingreso sobre comportamiento (para todas las preocupaciones)

### ¿Existen preocupaciones conductuales respecto a su hijo/a?

Sí  No

¿En caso afirmativo, por favor describa (por ejemplo, conductas disruptivas, autolesiones, agresión hacia otros, patrones repetitivos de movimiento, uso de objetos o del lenguaje):

¿Los comportamientos interfieren con la realización de las actividades diarias? Si es así, ¿de qué manera y cómo se pueden redirigir o controlar?