



Achieve
SPEECH THERAPY

INFORMACION HISTORIAL DE PACIENTE

(date) Fecha de hoy: _____

(pt. Name) Nombre de paciente: _____ (DOB) Fecha de nacimiento:

(SS#) # de seguro social: _____ Masculino(male) Femenino(female)

(guardian's name) Nombre de padres/persona legalmente responsable de paciente:

(address) Domicilio: _____ Ciudad: _____ Codigo
postal _____

(tele. #) # de tel. en casa: _____ (work #)trabajo _____ (cell #)celular:

(phy. Name) doctor del
paciente _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

(1st. Ins.) Nombre de seguro médico principal:

(2nd. Ins) Nombre de segundo seguro médico:

(card holder name) Nombre de persona responsable: _____ (DOB) Fecha de nacimiento:

(SS# of card holder)Numero de seguro social de persona responsable: _____

HISTORIAL MEDICO

Paciente es adoptado: Si No

(prenatal care) Recibió cuidado prenatal: Si No

Fue parto: Vaginal(vaginal) Cesárea(c-
section)

Embarazo de Termino completo(full term) Prematuro(premature) (birth wt.)Peso al nacer ____ lb. ____ oz

(comp. w/preg.) Complicaciones durante o después del
embarazo: _____

Indique si paciente tuvo algunas de las siguientes Complicaciones durante etapa post-natal:

(Any complication patient had during post-natal stage)

Fiebres altas (high fever) Infecciones de oído (ear inf.) Frecuentes resfriados (freq. colds)

Problemas en vías respiratorias (resp. Prob.) Lesiones de cabeza (head inj.) (Fecha de incidente): _____

Paciente ha tenido algunas cirugías/hospitalizaciones: Si No

(has patient had any surg.) Detalles: _____

(hearing test) Examen de audición: Si No (date of) Fecha de examen: _____

Problemas auditivos (indique en cual oído): _____

(problems with hearing? Indicate which ear)

(use hearing aid) Uso de aparato auditivo: Si No (which ear) En cual oído: derecho(right) izquierdo(left)

Alergia a medicamentos o alimentos: No Si, _____

(any disabilities) Deseabilidades físicas/condiciones (describa detalladamente): _____

(lives in) En cuál de los siguientes hogares vive el paciente: Apartamento (apt.) Casa (house) Casa Mobile/traila (m.home)

Quiénes son las personas que viven con el paciente: Madre(mom) Padre(dad)

(Lives in the home with)

Madrastra(step-mom) Padrastra(step-dad)

Cuántos ahí de lo siguiente en el hogar con el paciente:

(how many of following are in the home)

(brother) Hermano: ____ (sister) Hermana: ____ (step-bro) Hermanastro: ____ (step-sis) Hermanastra: ____

HISTORIAL EDUCATIVO DE PACIENTE

N/A Nombre de escuela (school): _____ Grado escolar (grade): _____

Grado escolar repetido (grade repeated): _____ Inglés como primer lenguaje (ESL): Si No Cual lenguaje: _____

Servicios especiales que paciente recibe/recibió: Terapia lenguaje Terapia física Terapia ocupacional

(Special services received/receiving)

Otros servicios no mencionados (other services not mentioned): _____

Donde recibió servicios (where were services received): _____

ACONTECIMIENTOS IMPORTANTES DEL DESARROLLO

A que edad empezó su niño/niña a:

Gatear (crawl) ____ano(s) ____meses

Sentar (sit) ____ano(s) ____meses

Caminar (walk) ____ano(s) ____meses

Hablar (talk) ____ano(s) ____meses

Cuales preocupaciones tiene usted sobre su hijo(a)

(concerns regarding child):

Firma de padre/madre o persona legalmente responsable

Fecha

Que relación tiene usted con el paciente: _____