

General Case History ST/OT/PT - Sans Consent Forms - Español

HISTORIAL GENERAL DEL CLIENTE ST/OT/PT

1. Información del cliente:

Nombre del cliente:	Segundo nombre del cliente:	Apellido del cliente:	
_____	_____	_____	
Fecha de nacimiento:	Sexo:	Dirección:	Apartamento/ número de unidad:
_____	<input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> No binaria(o)	_____	_____
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
_____	_____	_____	
¿Cómo se enteró de nosotros / Remitido por:		Su ubicación de servicio preferida:	
_____		<input type="checkbox"/> 209 Cherry St, Milford, CT <input type="checkbox"/> 29 Federal Rd. Danbury, CT	

2. Por favor incluya cualquier alojamiento / necesidades de accesibilidad para el cliente o familiar aquí.

3. Información del médico:

Nombre del pediatra o PCP:	Grupo de pediatras		
_____	_____		
Teléfono:	Dirección:	Apartamento/ número de unidad:	
_____	_____	_____	
Ciudad:	Estado:	Código	
_____	_____	_____	

FORMULARIO DE SEGURO

4. INFORMACIÓN DEL MIEMBRO PRINCIPAL / TITULAR DE LA PÓLIZA

Compañía de seguro primaria:	Número de identificación / política de miembro:	Número de Grupo:
_____	_____	_____

Relación del cliente con el asegurado:

Padre Tutor Cliente/Usted

Nombre del titular de la póliza: Fecha de nacimiento del titular de la póliza:

5. ¿Tiene seguro adicional / secundario?

Si
 No

6. INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA SECUNDARIA

¿Tiene algún seguro adicional? En caso afirmativo, por favor complete lo siguiente:

Yes No

Compañía de seguro secundario: Número de identificación / política de miembro: Número Grupo:

Relación del cliente con el asegurado:

Padre Tutor Cliente/Usted

Nombre del titular de la póliza: Número de teléfono del titular de la póliza: Fecha de nacimiento del titular de la póliza: Género del titular de la póliza:

Femenino
 Masculino

Dirección del titular de la póliza: Ciudad: Estado: Código postal:

Policy Holder's Employer/School:

7. Por favor proporcione imágenes de su tarjetas de seguro (s), delante y detrás.

FORMULARIO DE ALERTA DE ALERGIA

8. Por favor enumere las alergias conocidas que el cliente pueda tener (es decir, a alimentos, medicamentos, agentes ambientales) y describa la reacción del cliente al contacto con los alérgenos.

	¿Alérgico a?	¿Reacción?
1		
2		
3		

9. Contacto de emergencia principal

Nombre:

Teléfono:

Relación del contacto de emergencia:

10. Contacto de emergencia secundario:

Nombre:

Teléfono:

Relación del contacto de emergencia:

11. Describa la acción inmediata que debe tomarse en caso de contacto con alérgenos.

ANTECEDENTES E INFORMACIÓN FAMILIAR

12. Información del padre/tutor:

Información del padre nombre:

Ocupación:

Nombre del Padre de Familia / Guardian:

Ocupación:

13. ¿Dónde / con quien vive el cliente?

14. ¿El cliente tiene hermanos?

- Si
- No

15. Hermanos

	Nombre	Edad
1		
2		
3		

16. Información de contacto principal

Teléfono Principal:

¿Podemos dejar un mensaje?

Sí No

Alternativo

¿Podemos dejar un mensaje?

Sí No

E-mail:

¿Podemos enviarle un correo electrónico?

Sí No

17. OPCIONAL: DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Por la presente doy mi autorización para que el personal de KidSense Therapy Group PROPORCIONE información sobre el cliente a las siguientes personas / profesionales. (Ejemplo: médico de atención primaria que remitió al niño).

	Nombre	Número de Teléfono	Autorización dada a partir de esta fecha:
1			

18. OPCIONAL: RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN Por la presente, doy mi autorización para que el personal de KidSense Therapy Group REUNA información sobre el cliente, de las siguientes personas / profesionales. (Ejemplo: consultor de lactancia u ortodoncista infantil)

	Name	Phone	Autorización dada a partir de esta fecha:
1			

19. Seleccione la modalidad más representante al historial del cliente. Es posible que se le solicite que complete preguntas suplementarias relacionadas con su selección.

- Terapia ocupacional
 Terapia del habla y del lenguaje
 Terapia física

20. Aceptar la opción de mercadotecnia:

Si, por favor envíeme notificaciones por correo electrónico de los próximos eventos, promociones y noticias de KidSense Therapy Group.

¡Sí, inscríbeme! No gracias

Documentación electrónica: Doy mi consentimiento para recibir documentación electrónica sin cifrar

Sí, estoy de acuerdo No, estoy de acuerdo

Acuerdo de divulgación de foto y videos: Yo doy mi permiso para que se tomen fotos y videos cuando el cliente participe en terapias en KidSense Therapy Group. Estas imágenes y vídeos se pueden utilizar para los siguientes propósitos (por favor marque las casillas para aquellos que autoriza):

- Materiales mantenidos internamente para la capacitación inicial y futura de personal
- Folletos y otros materiales promocionales impresos
- Promociones en sitios de la red (internet) y publicaciones en redes sociales
- Presentaciones de diapositivas para mostrar en ferias

21. Brevemente describa la razón principal por la que busca servicios terapéuticos.

22. ¿Se hablan otros idiomas en su hogar además del inglés?

- Si
- No

23. En caso afirmativo:

Que idiomas:

¿Qué idioma (s) usa o habla el cliente?

¿Qué idioma (s) comprende el cliente?

Si corresponde, describa cualquier dificultad de aprendizaje en la lengua materna del cliente (especifique el idioma):

24. Qué porcentaje del día del cliente estimaría que está expuesto / usa cada idioma?

Idioma 1:

Idioma 2:

25. ¿Cómo calificaría la habilidad del cliente en cada idioma?

Idioma 1:

- Limitado básico intermedio avanzado nativo

Idioma 2:

- Limitado básico intermedio avanzado nativo

SALUD TEMPRANA / HISTORIA DEL DESARROLLO

Historia prenatal y de nacimiento

26. Duración del embarazo:

Duración del parto:

27. ¿Hubo alguna complicación durante el embarazo? (es decir, presión arterial alta, diabetes gestacional, exposición a drogas / alcohol)

- Si
- No

Si es así, por favor descríballo.

28. Condición general de la madre durante el parto:

Tipo de parto:

Peso de nacimiento:

29. Describa el estado general del cliente durante y después del parto (cualquier intervención especial, etc.):

30. Por favor, añada cualquier otra información relacionada con el embarazo, parto y nacimiento que puede ser pertinente para la terapia del cliente

Historia del Desarrollo

31. Proporcione el tiempo aproximado (en meses o años) en el que el cliente comenzó a realizar las siguientes actividades o escriba N / A si aún no la ha logrado.

Darse la vuelta:

Sentarse sin apoyo:

Alimentarse usando
utensilios:

Beber en vaso:

Dormir toda la noche:

Correr:

Mano dominante:

Amarrarse los zapatos:

Nombrar objetos
básicos:

Gatear:

Beber con pajita/sorbeto:

Saltar:

Usar primeras palabras :

Utilizar preguntas
sencillas:

Caminar solo:

Alimentarse con las
manos:

Entrenar para ir al baño:
en el día:

Entrenando para ir al
baño: en la noche:

Correr triciclo o bicicleta:

Combinar 2 palabras:

Hablar en oraciones
completes:

Entablar en una
conversación:

32. ¿Tiene el cliente alguna dificultad en la alimentación (chupar, deglutir, babear, masticar)?

- Actualmente En el pasado

Si es así, por favor describa:

33. ¿Como se comunica el cliente usualmente?

- gestos palabras simples frases cortas
 oraciones

34. ¿El cliente usa el habla de manera significativa?

- Si
 No

35. ¿Puede usted (padre / tutor) comprender el habla del cliente?

- Si
 No

36. ¿Pueden los compañeros de juego, los maestros y familiares comprender el habla del cliente?

- Si
 No

37. ¿El cliente es consciente de las dificultades que pueda estar experimentando?

- Si
 No

38. Actualmente, el cliente:

- usa un chupete se chupa el dedo

39. Alguna vez el cliente ha usado:

- un chupete chupado el dedo

¿Si es así, por cuánto tiempo?

40. ¿Hay antecedentes de problemas del habla, el lenguaje o la audición en su familia?

- Sí
- No

Si es así, por favor describa:

41. Describa la respuesta del cliente a los sonidos:

42. El cliente puede:

- colorear
- escribir
- dibujar
- pintar

43. El cliente parece:

- débil
- cansado fácilmente

44. El cliente:

- disfruta del movimiento (parque infantil, coches/carros, bicicletas)
- prefiere actividades sentado

45. El cliente:

- pierde el equilibrio
- se estrella mucho
- Se cae a propósito

46. El cliente:

- evita ciertas texturas de ropa
- es molesto por las etiquetas o costuras en los calcetines

47. El cliente presenta alguna dificultad con el cuidado personal:

- al vestir
- al alimentár
- al asear
- al bañar

48. El cliente presenta con alguna dificultad con respecto a las habilidades motoras gruesas o finas:

- caminar
- correr
- jugar en el patio de recreo
- colorear
- manipulación de los juguetes
- atarse los zapatos
- participar en otras actividades que requieren coordinación de músculos pequeños o grandes

49. ¿Cómo camina, gatea, se sienta o se mueve el cliente del suelo a pararse?

50. El cliente parece tener:

- músculos tensos
- músculos sueltos
- parece muy flexible

51. Desarrollo del lenguaje receptivo (comprensión del lenguaje): marque todos lo que corresponda

- Procesa la información en un período de tiempo adecuado
- Entiende nuevos conceptos fácilmente, incorpora vocabulario nuevo en la comunicación
- Aprende nuevos conceptos con repetición, necesita pistas para usar vocabulario nuevo. Pistas visuales y físicas son útiles.
- Demora en responder
- Entiende la comunicación cuando se combina con pistas visuales y físicas
- Comprensión muy concreta
- El cliente tiene dificultad para comprender los conceptos y el lenguaje introducido; requiere pistas visuales y / o físicas para comprender el mensaje.

52. Desarrollo del lenguaje expresivo (uso del lenguaje): marque una

- Vocabulario, estructura de oraciones y habilidades de comunicación avanzados
- Vocabulario, estructura de la oración y habilidades de comunicación apropiadas para la edad
- Vocabulario, estructura de la oración y habilidades de comunicación ligeramente
- Vocabulario, estructura de la oración y habilidades de comunicación considerablemente retrasadas

Historial médico

53. ¿El médico tiene alguna preocupación sobre el estado nutricional del cliente?

- Si
- No

Si es así, por favor describa:

54. ¿Tiene el cliente diagnóstico médico (es decir, defecto de nacimiento, trastorno genético, retraso en el desarrollo)?

- Si
- No

Si es así, enumere aquí:

55. ¿Se ha examinado la audición del cliente?

- Si
- No

Si es así, ¿cuáles fueron los resultados?

56. ¿El cliente antecedentes de infecciones del oído medio?

- Si
- No

Si es así, incluya cuando y con que frecuencia. ¿Ha requerido cirugía de oído?

57. ¿El cliente ha tenido algunas otra cirugías / accidentes / hospitalizaciones?

- Si
- No

Si es así, por favor describa la razón / edad de inicio?

58. ¿El cliente presenta con algunas de las siguientes enfermedades o afecciones? Marque todo lo que corresponda y explique a continuación.

	Si	Explicar
Asma		
Convulsiones		
Problemas de la vista		
Envenenamiento por plomo		
Heridas en la cabeza		
Resfriados frecuentes		
Problemas renales		
Trastorno respiratorio superior		
Problemas urinarios		
Problemas cardiacos		
Estreñimiento		
Faringitis estreptocócica frecuente		
Insuficiencia para crecer		
Tensión en la mandíbula		
Reflujo		
Diarrea		
Problemas gastrointestinales		
Rechinar los dientes		
Ronquido		
Respiración por la boca		

59. ¿El cliente está tomando algún medicamento psiquiátrico u otros medicamentos recetado actualmente?

- Si
- No

60. Si es así, por favor enumere.

	Medicación	Dosificación	Frecuencia	Razón por la medicación
1				
2				
3				

61. ¿El cliente ha sido evaluado por algún especialista anteriormente?

- Si
- No

Si es así, por favor explique:

62. ¿Eli cliente ha recibido alguna terapia (incluso de Birth-Three, terapia del lenguaje, terapia ocupacional, terapia física, ABA, etc.) en el pasado?

- Si
- No

Si es así, ¿qué tipo, cuándo y dónde? Por favor, proporcione un breve resumen de los resultados.

Historial social / emocional / conductual

63. Describe la personalidad del cliente (marque todos los que aplican):

- | | | |
|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Feliz | <input type="checkbox"/> Triste | <input type="checkbox"/> Extrovertido |
| <input type="checkbox"/> Tímido | <input type="checkbox"/> Sensible a las críticas | <input type="checkbox"/> Seguro |
| <input type="checkbox"/> Muy querido | <input type="checkbox"/> Amigable | <input type="checkbox"/> Divertido |
| <input type="checkbox"/> Malhumorado | <input type="checkbox"/> Tonto | <input type="checkbox"/> Tranquilo |
| <input type="checkbox"/> Parlanchín/hablador | <input type="checkbox"/> Temeroso | <input type="checkbox"/> Nervioso |
| <input type="checkbox"/> Cariñoso | <input type="checkbox"/> Retirado/aislado | <input type="checkbox"/> Enfadado |
| <input type="checkbox"/> Mandón | <input type="checkbox"/> Tranquilo | <input type="checkbox"/> Irritable |
| <input type="checkbox"/> Independiente | <input type="checkbox"/> Demasiado dependiente | |

64. Enumere o describa las fortalezas y características positivas del cliente:

65. Enumere todas las actividades organizadas (es decir, pasatiempos, deportes) en las que participa el cliente (incluya la frecuencia):

66. Enumere los intereses y / o talentos especiales del cliente:

67. ¿Cómo responde el cliente a los cambios en la rutina?

68. ¿Cómo maneja el cliente nuevas personas, nuevos entornos o situaciones incómodas?

69. ¿Cómo maneja el cliente el tiempo no estructurado (es decir, patio de recreo, receso)?

70. ¿El cliente parece flexible o lucha con los cambios / tiene dificultades con las transiciones?

71. ¿El cliente usa comportamientos calmantes que le preocupan o no son apropiados para el desarrollo, los cuales pueden incluir:

- mecer aletear chuparse el dedo

¿Uso de objetos de los cuales no se puede separar o dejar en casa?

Si es así, por favor explique:

72. ¿Han ocurrido cambios importantes en el hogar recientemente (separación de los padres, mudanza, fallecimiento de miembros de la familia)?

- Si
- No

Si es así, por favor explique:

73. ¿Cómo interactúa el cliente con compañeros de la misma edad?

74. ¿Cómo interactúa el cliente con los adultos?

75. ¿Qué planes sociales hace el cliente (incluya con qué frecuencia y cómo interactúa con los compañeros)?

76. Describa la actitud del cliente hacia las tareas escolares / domésticas.

77. ¿Cuándo es necesario el cliente busca ayuda de un compañero, maestro o pariente?

- Si
- No

78. ¿Cómo responde el cliente a los recordatorios de los adultos para completar las tareas?

79. Describa brevemente cualquier dificultad al criar/levantar el cliente y si corresponde, ¿cómo le ha afectado a usted o a su familia?

80. Comportamientos (marque todos los que correspondan):

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lloro frecuentemente | <input type="checkbox"/> Motivado | <input type="checkbox"/> Ansioso |
| <input type="checkbox"/> Distante / internamente distraído | <input type="checkbox"/> Distraído externamente | <input type="checkbox"/> Impulsivo |
| <input type="checkbox"/> Oposicional | <input type="checkbox"/> Dificultad separándose | <input type="checkbox"/> Retraimiento de los demás |
| <input type="checkbox"/> Hiperactividad | <input type="checkbox"/> Comportamiento agresivo | <input type="checkbox"/> Verbalmente agresivo |
| <input type="checkbox"/> Rígido | <input type="checkbox"/> Retirado/aislado | <input type="checkbox"/> Rabietas |
| <input type="checkbox"/> Destructividad | <input type="checkbox"/> Tics (nerviosos) | <input type="checkbox"/> Morderse las uñas |
| <input type="checkbox"/> Parpadeo excesivo | <input type="checkbox"/> Mecerse | <input type="checkbox"/> Chuparse el dedo |
| <input type="checkbox"/> Jalarse el pelo | <input type="checkbox"/> Soñador despierto | <input type="checkbox"/> Enuresis (Mojar la cama) |
| <input type="checkbox"/> Metir | <input type="checkbox"/> Robar | <input type="checkbox"/> Uso de alcohol / drogas |
| <input type="checkbox"/> Asuntos legales o participación en asuntos legales | <input type="checkbox"/> Participación de pandillas | <input type="checkbox"/> Actividad sexual |

81. ¿Tiene alguna organización comunitaria involucrada con su familia (es decir, DCF, libertad condicional):

- Si
- No

Si es así, por favor explique:

Historial Educativo

82. ¿El cliente asiste actualmente a la escuela?

- Si
- No

83. ¿Actualmente, dónde asiste a la escuela el cliente?

Maestro(a):

Grado:

84. ¿El cliente asiste a algún programa / actividad antes o después de la escuela?

- Si
- No

Si es así, por favor explique:

85. ¿El cliente presenta dificultades académicas?

- Si
- No

Si es así, por favor explique:

86. ¿El cliente asiste a la escuela con regularidad?

- Si
- No

Si no es así, por favor explique:

87. ¿Hay alguna inquietud sobre la asistencia a la escuela?

- actualmente o
- históricamente

Si es así, describa cuándo y el motivo.

88. ¿El cliente ha tenido algún incidente interdisciplinario?

- Si
- No

Si es así, describa cuándo y el motivo.

89. ¿El cliente hijo ha sido retenido alguna vez?

- Si
- No

Si es así, ¿en qué grado y escuela?

90. ¿El cliente ha recibido algún apoyo adicional dentro o fuera de la escuela?

- Si
- No

Si es así, por favor explique:

91. ¿El cliente recibe alguna intervención de Nivel II o Nivel III para apoyo académico / conductual?

- Si
- No

Si es así, por favor explique:

92. ¿El cliente ha sido examinado para servicios de educación especial anteriormente?

- Si
- No

Si es así, por favor explique:

93. ¿El cliente tiene un Plan Educativo Individualizado (PEI/IEP) o un Plan 504 para la escuela?

- Si
- No

Si es así, por favor explique brevemente lo que aborda.

94. ¿Qué es lo que más disfruta el cliente de la escuela? ¿Materia/clase favorita?

95. ¿El cliente tiene amigos en la escuela?

- Si
- No

96. ¿Alguna información adicional pertinente al historial escolar del cliente?

- Si
- No

Si es así, por favor explique:

Preocupaciones

Marque todas las áreas que le preocupan.

97. Académica

- lectura
- escritura
- habilidades matemáticas
- organización (materiales escolares)

98. Autocuidado

- Comer / alimentarse
- higiene (bañarse, vestirse, cuidado bucal, cuidado del cabello)
- preparándose para la escuela y durmiendo

99. Desarrollo social / emocional:

- regulación emocional
- miedos
- habilidades de afrontamiento
- atención
- formando amistades
- resoluciones de problemas

100. Comunicación:

- entender direcciones
- entender el vocabulario
- entender la conversación
- entender el lenguaje no verbal (gestos / expresiones faciales)
- entender el lenguaje no verbal (gestos / expresiones faciales) comprensión de conversaciones / historias
- entender la instrucción académica
- expresarse de forma clara y concisa
- usar vocabulario / gramática apropiada
- usar el habla con claridad
- usar la voz apropiada
- usar el habla con fluidez

101. Motricidad:

- caminar
- correr
- saltar
- equilibrio
- postura
- resistencia
- escribir
- dibujar

102. Sensorial:

- permanecer sentado cuando se le espera
- la búsqueda de movimiento excesivamente
- capacidad de manejar bien las transiciones
- sensibilidades a sonidos / ropa / texturas y o estimulación visual

103. ¿Hace cuanto tiempo ha tenido estas preocupaciones?

104. ¿Algún factor significativo que pueda haber contribuido a la preocupación?

- Si
- No

Si es así, por favor explique:

105. ¿Cuáles son sus metas / expectativas para la terapia?

INVENTARIO DE ALIMENTOS

Instrucciones: Marque cualquier alimento que el cliente aceptaría comer fácilmente si se lo sirviera durante el segmento especificado. Varios artículos se enumeran en almuerzo y cena. Solo marque los artículos en ambos lugares si al cliente se le servirán estos alimentos en ambas comidas. Por ejemplo, si el cliente comiera duraznos en el almuerzo, pero no se le serviría como parte de la cena, marque los duraznos sólo durante el almuerzo. La sección "condimentos" se refiere a los sabores que el cliente comería durante cualquier comida.