



Historia del desarrollo social del habla y el lenguaje

Datos identificativos y familiares

El nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: MF

Nombre(s) del cuidador 1: _____ Relación: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico:

El estudiante vive aquí: Sí No Tutor Legal: Sí No

Nombre(s) del cuidador 2: _____ Relación: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico:

El estudiante vive aquí: Sí No Tutor Legal: Sí No

Nombre(s) del cuidador 3: _____ Relación: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico:

El estudiante vive aquí: Sí No Tutor Legal: Sí No

Enumere los niños y adultos que viven en el hogar principal del niño.

Nombre	Años	Relación

Intervenciones y servicios anteriores : marque todo lo que corresponda



ADAMS WELLS

SPECIAL SERVICES COOPERATIVE

Primeros pasos

HeadStart

Preescolar

ABA

Terapia Ocupacional

Servicios de habla/lenguaje

Información sobre el habla, el lenguaje y el aprendizaje: marque todo lo que corresponda

¿Su hijo/a...

- se atraganta con alimentos o líquidos?
- repite sonidos, palabras o frases una y otra vez?
- ¿entiendes lo que estás diciendo? recuperar/señalar objetos comunes cuando se le pide (pelota, taza, zapato)?
- sigue instrucciones simples ("Cierra la puerta" o "Coge tus zapatos")
- responde correctamente a las preguntas de sí o no?
- responde correctamente a las preguntas quién/qué/dónde/cuándo/por qué?

Describe las habilidades lingüísticas de su

- hijo/a
- sin comunicación
- gestos/lenguaje corporal
- lenguaje de señas sonidos (vocales, gruñidos)
- PECS
- palabras sueltas (zapato, perro, arriba)
- vocal - frases de 2 a 4 palabras
- vocal - oraciones

- 1) Si su hijo/a usa pocas palabras/señales, ¿cuáles son?
- 2) Si su hijo/a usa un sistema de dispositivos para comunicarse, ¿qué está usando?
- 3) Describe las fortalezas de su hijo/a.
- 4) Describe su preocupación sobre el habla, el lenguaje o las habilidades de aprendizaje de su hijo/a.
- 5) ¿Hay situaciones en las que su hijo/a tiene dificultades particulares? Sí No

En caso afirmativo, describa.



ADAMS WELLS

SPECIAL SERVICES COOPERATIVE

Información confidencial

¿Su hijo/a es bilingüe? sí No

Otro idioma:

¿Cuál es el idioma principal que se usa en casa?

¿Cómo ha afectado el habla, el lenguaje o las dificultades de aprendizaje de su hijo/a lo siguiente?

- a) Interacción social con los compañeros:
- b) Voluntad de hablar con los demás:
- c) Participación en salón de clase
- d) Éxito académico:

¿Hay algo más que crea que deberíamos saber sobre su hijo/a?

Historia médica y de desarrollo

- 1) ¿Tiene su hijo/a algún problema de salud o diagnóstico médico?
- 2) Indique los medicamentos que su hijo/a toma con regularidad.
- 3) ¿Ha tenido su hijo/a alguna infección de oído? Sí No En caso afirmativo, ¿cuántos?
- 4) ¿Se le han colocado tubos a su hijo/a para drenar el líquido? sí No
- 5) ¿Se ha evaluado la audición de su hijo/a? sí No

En caso afirmativo, proporcione la fecha y los resultados de la prueba.

Historia social

- 1) ¿Qué oportunidades tiene su hijo/a de jugar con niños de su edad?
- 2) ¿Qué actividades disfruta su hijo/a?
- 3) ¿Su hijo/a juega principalmente:



ADAMS WELLS
SPECIAL SERVICES COOPERATIVE

Información confidencial

solo

con otros niños

ya sea solo o con otros

Características de comportamiento: marque todo lo que corresponda

cooperativa

inquieto

atento

mal contacto visual

distraido facilmente

terco

agresivo

destruye artículos

retirado

fácilmente frustrado

dispuesto a probar nuevas actividades

Formulario completado por:

Fecha: