



Children's
of Alabama

Terapia Física & Terapia Ocupacional Formato de Información

Fecha: _____ siendo visto por Terapeuta(s): _____
Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ MR# _____
Diagnósticos: _____ Referido por: _____
Dirección: _____ Código Postal: _____
Nombre del Cuidador: _____ Teléfono #: _____
Nombre del Cuidador: _____ Teléfono #: _____

Historia del Nacimiento:

A termino completo Sin Problemas Complicado

Prematuro

Peso al Nacimiento _____

Parto:

Parto Vaginal Forceps Cesárea Oxígeno

Aspiración de meconio Otras complicaciones: _____

Periodo Postnatal:

Bebe estuvo azul con Ictericia Dificultad con la alimentación

Duración de Hospitalización: _____

Otros: _____

Evaluación de la Visión normal: Si No

Evaluación de la Audición normal: Si No

Desarrollo Motor: Por favor escribir las edades cuando estos fueron

aprendidos:

Se sienta sin ayuda: _____

Gatea _____

Se empuja sobre su estomago _____

Camina _____

Entrenado para hacer el baño _____

Es tu niño torpe/descoordinado: Si No

Explique: _____

Comiendo:

Dificultad para deglutir: Si No

Si es si, describir: _____

Babeando Si No

Asfixia Si No

Usa cuchara Usa tenedor Usa vaso regular

Otro tipo de vaso: _____

Qué comida le gusta comer a tu niño/a: _____

Habilidades sociales/para jugar:

Juguete favorito del niño/a: _____

Juega con niños de su misma edad: _____

Difícil para disciplinar: Si No

Reglas de comportamiento: _____

Muy activo Atención pobre

Nombres y edades de Hermanos/Hermanas: _____

Historia Médica:

Pediatra: _____

Inmunizaciones al día: Si No

Hospitalización/Cirugías:

Si Ninguno

Fecha _____ Razón _____

Evaluaciones Diagnósticas (MRI, CT, Xray, MBS)

Si Ninguno

Fechas: _____

Enfermedades:

Alergias Alergia al Latex Asma Paladar Hendido

Convulsiones Infecciones del Oído Problemas del corazón

Neumonía Dificultades de la visión

Dificultades de la Audición

Terapia:

Física Ocupacional Habla

Dónde: _____

Académico: escribir lugar actual

Guardería Pre escuela; Cuánto tiempo: _____

Preocupaciones de la maestra/o: _____

Edad Escolar: Grado _____ Escuela: _____

Educación especial

Preocupaciones de la maestra/o: _____

Resultados de Evaluación Académica: _____

Diagnosticado con Trastorno y Déficit de la Atención;

Dónde: _____

Tratamiento: _____

Habilidades para vestirse y bañarse:

Se viste solo/a Usa el baño solo/a Se baña solo/a

Necesita ayuda con: _____

Comunicación:

Verbal Lenguaje de Signo Te dice si tiene dolor

Lenguaje Preferido: _____

Qué calma al niño/a: _____

Cómo sabe cuando su niño/a esta feliz? : _____