



NEURODEVELOPMENTAL THERAPY SERVICES, INC.

4423 Shadowdale • Houston, Texas 77041-8718 • Ph: #713-466-6872 • Fax # 713-466-9547

Información del Cliente

Nombre del cliente _____ Fecha de Nacimiento _____
Teléfono (casa) _____ Otro Teléfono _____

Por favor complete y desvuélvalo a NTS antes de la evaluación inicial del cliente.
Gracias

I. Razón de la referencia

En sus propias palabras, describa la necesidad por los servicios.

Por favor describa cualquier situación que llevo al desarrollo del problema
(enfermedad, de nacimiento...)

II. Preocupación de los padres

¿Cuales son los dos o tres problemas que usted considera mas importantes
asociados con la necesidad de su hijo?

¿Que metas le gustaría ver que su hijo gane en el tratamiento?

¿Está dispuesto a participar en las sesiones de tratamiento cuando la terapeuta lo
considere apropiado? ¿Y está usted dispuesto a usar las estrategias de la terapia en
la casa cuando sea apropiado? ¿Si no, porque?

¿Ha el cliente recibido terapia anteriormente? ¿Si sí, por favor escriba que tipo de
terapia, donde y con que frecuencia recibió los servicios?

¿Está el cliente recibiendo terapia u otros servicios especializados? ¿Si sí, donde y
con que frecuencia (ej: terapia de comportamiento, craniosacral, equino terapia)?

III. Historia del Nacimiento

Por favor describa cualquier dificultad asociada con el embarazo o nacimiento usando el cuadro y líneas de continuación. Incluya cualquier diagnostico recibido en el nacimiento.

Prematuro		A tiempo		Tarde	
Vaginal		Cesárea		Unidad de Cuidado Neonatal (cuanto tiempo)	
Parto inducido		Horas que duro el parto		Nacimiento Múltiples	
Peso al nacer		Medidas		Calificación Apgar	
Ictericia		Incubadora		Entubado (cuanto tiempo)	
Dificultad al comer		Reflujo		Dio pecho o botella	

IV. Historia Medica

¿Ha tenido el cliente algún accidente o enfermedad seria? Si sí, describa e incluya cualquier hospitalización y cirugías.

¿Está el cliente tomando algún medicamento? Por favor escríbalos y la razón por la cual lo toma.

¿Tiene el cliente alguna alergia? Si sí, describa.

¿Está el cliente en alguna dieta especial por razones de nutrición o alergias?

¿Ha tenido el cliente alguna convulsión? Si sí, describa y escriba los medicaciones y técnicas usadas para controlarlas.

¿Tiene el cliente algún problema de visión? Si sí, describa la naturaleza y el manejo del problema.

¿Ha tenido el cliente alguna infección de oído? ¿Si sí, cuantas?

¿Tiene el cliente tubos en los oídos? ¿Si sí, desde cuando? ¿Cuando fue la ultima vez que le revisaron los tubos?

¿Tiene el cliente alguna perdida auditiva? ¿Si sí, en uno o los dos oídos? ¿Cuanta perdida y que frecuencias cubre? ¿Usa el cliente alguna ayuda auditiva o audífonos para ayudarle a escuchar?

¿Ha tenido el cliente algún desorden de nariz, garganta o palador, procedimientos (ej: radiografía) u operaciones (amígdalas)? Por favor describa incluyendo fechas.

¿Ha tenido el cliente un estudio de deglución (tragar), pH, o problemas gástricos? Si sí, por favor de las razones del porque y cuando y los resultados de los estudios.

V. Historia del desarrollo

Diga cuantas palabras habla el cliente, o si usa frases completas.

Si no usa frases, por favor de ejemplos de las palabras que usa.

Destrezas Desarrollas	Edad			Comentarios
<i>1. A que edad el cliente realice lo siguiente:</i>				
Sentó solo				
Gateó				
Caminó				
Balbuició				
Habló las primeras palabras				
Habló las primeras frases de 2-3 palabras				
Comió comida de bebe				
Comió con los dedos				
Usó la cuchara para comer				
Usó el vaso con tapa				
Usó el vaso sin tapa				
Usó el popote (pitillo)				
Controló el orinar				
Controló el intestino				
Destrezas Motoras	Sí	No	Algunas Veces	Comentarios
<i>2. Comparándolo con otros de su edad y sexo, le parece que el cliente tiene dificultad:</i>				
a. Manipulando objetos pequeños (ej: botones, juguetes)				
b. Usando lápiz, crayola, tijeras, brochas de pinar				
c. Atrapando la pelota (bola)				
d. Aventando la pelota (bola)				
e. Montando triciclo				
f. Montando bicicleta				
g. Subiéndose al columpio				
h. Pateando la bola				
<i>3. Comparándolo con otros, parece que el cliente::</i>				
a. Prefiere actividades sedentarias (ej: ver TV)				
b. Prefiere actividades motoras finas (ej: pintar, construir con bloques)				
c. Prefiere actividades motoras gruesas (ej: correr, columpiarse)				
d. Se cae o se estrella con cosas				
e. Prefiere actividades dentro de la casa				
f. Prefiere actividades fuera de la casa				

¿Tiene el cliente alguna dificultad motora oral incluyendo comer, hablar?

¿Prefiere el cliente ciertos alimentos y texturas o temperaturas?

¿Tiene el cliente alguna dificultad al tragar, masticar, usando utensilios, atorarse, reflujo, babeando? Incluya si ellos tragan la comida completa o incompleta.

Que idiomas le habla al niño? En la casa _____ En la escuela _____
Tiene el cliente las mismas dificultades al comunicarse en otro idioma(s)? _____
Si sí, por favor describa. _____

¿Está el cliente usando señales para comunicarse? (si sí, por favor escríbalos)

Por favor describa cualquier equipo que use el cliente para moverse, vestirse, ver, oír, comunicar, mantener la posición o tablilla.

¿Tiene el cliente escaleras en la casa? _____

¿Conoce alguna información de la historia de la familia que sea importante para entender las necesidades de la terapia actual?

VI. Historia Social

Grado escolar: _____

¿Tiene el cliente alguna dificultad en la escuela? Por favor describa.

Por favor escriba los miembros de la familia que ayudan a cuidar al niño (padres, hermanos, abuelos). Incluya la edad de los hermanos.

Ajuste Social	Sí	No	Algunas Veces	Comentarios
1. <i>Comparándolo con otros de la misma edad, el cliente:</i>				
a. Tiene dificultad hacienda amigos de su edad				
b. Prefiere la compañía de adultos a otros niños				
c. Prefiere jugar con niños mas pequeños que de la misma edad				
d. Prefiere jugar solo				
e. Se frustra fácil o expresa descontento, o sentimientos de perder				
f. Parece que no disfrutara jugar				
g. Frecuentemente muestra frustración o coraje pateando, pegando, en lugar de hablarlo				
h. Frecuentemente tiene rabietas				
Participación Escolar	Sí	No	Algunas Veces	Comentarios
2. <i>Comparándolo con otros de la misma edad, tiene el cliente:</i>				
a. Escritura ilegible				
b. Escribe letras o números al revés				
c. Hace lo mismo con cualquier mano (ej: escribir, comer...)				
d. Parece cansarse fácil, tiene mala postura, o necesita sostener la cabeza cuando lee o escribe en el escritorio				
e. Encuentra difícil o frustrante hacer gimnasia o deporte				
f. Tiende a hacer desorden				
g. Tiene dificultad cambiando de actividades activas a calmadas (ej: jugar a sentarse a la mesa)				

Gracias por tomar el tiempo para llenar este cuestionario. Esta información le ayudara a la terapeuta que trabaje con el cliente en ganar las metas que necesita. Por favor escriba cualquier comentario adicional en el espacio siguiente.