HUNTER COLLEGE CENTER FOR COMMUNICATION DISORDERS
PRE-INTAKE HISTORY FORM
SPEECH –LANGUAGE-HEARING EVALUATION

Child's name _____ *Sex* _____ *Birthdate* _____*Age*_____
Nombre del niño _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____ edad _____

*Address*_____
Dirección _____

Phone _____ *Parent Business phone or (cell)* _____
Número de teléfono_____ Número de teléfono del trabajo o celular_____

Referred by _____ Quien lo recomendó _____

*Place of Birth*_____*School* _____
Lugar de nacimiento _____Escuela _____

*Other schools attended (dates of attendance)*_____
Otras escuelas a las que asistió, con las fechas en que asistió _____

Name of person completing form _____ *Relationship* _____
Nombre de la persona que llena el formulario_____ parentezco con el niño/a _____

Pediatrician's name _____ *Address* _____
Nombre del pediatra _____ dirección_____

Father's full name _____ *Occupation* _____
Nombre del padre _____ Ocupación_____
*Mother's full name*_____ *Occupation* _____
Nombre de la madre _____ Ocupación_____

*Names and ages of brothers and/or sisters*_____
Nombres y edades de los hermanos_____

*Other persons living in the home (relationship to child)*_____
Otras personas que viven en la casa y su relación con el niño/a _____

Language(s) spoken at home _____
Que lengua se habla en el hogar? _____

*Statement of the problem (In your words, what difficulty is your child having with speech, language, or hearing?)*_____
_____
_____

Explique en sus propias palabras el problema del habla, del lenguaje o de audición que tiene su hijo/a _____
_____
_____

When was it first noticed? _____
Cuándo se dieron cuenta por vez primera? _____

Does the problem vary, being better or worse at certain times? _____
_____
Varía el problema? Mejora o empeora en ciertos momentos? _____
_____

Does the child have difficulty at school? If so, please describe _____
_____
Si el niño/a tiene dificultades en la escuela por favor explique _____
_____

Has the child received any special services at school or other clinics and/or hospitals (speech therapy, reading assistance, special class, visual, hearing, psychological evaluations, medical, etc.?)
_____
_____
Recibe o ha recibido servicios en la escuela, clínica, u hospital (terapia del habla, ayuda con lectura, clases especiales, para la vista, el oído, o evaluaciones psicológicas y médicas?)
_____
_____

Type of Service Tipo de servicio	*School or Specialist* Escuela o especialista	*Dates* Fechas

What questions would you like to have answered by this evaluation? _____
_____
Cuales son las preguntas que tiene con respecto a esta evaluación? _____
_____

Pre-Natal and Birth History:
Información pre-natal y del nacimiento:

If your child was adopted please indicate age at adoption and country of adoption _____
Si el niño/a es adoptado indique el país de procedencia y a qué edad se le adoptó _____

During this pregnancy did the mother have (please answer yes or no):
Durante el embarazo la madre tuvo (conteste si o no):

German Measles _____ *Prenatal care* _____
Rubéola _____ Cuidados prenatales _____
Bleeding _____ *Use of alcohol* _____
Pérdida de sangre _____ bebidas alcóholicas Tomó? _____
*Falls/*Accidents _____ *RH incompatibility* _____
Caídas o accidentes _____ Incompatibilidad de grupo sanguíneo _____
Use of medications _____ Tomó medicaciones _____

Is there a history of miscarriage or stillbirths? _____
Tiene antecedentes de aborto espontáneo o de niños nacidos muertos? _____

Length of pregnancy *months* _____ *Duration of labor* _____ *hours*
Tiempo de gestación meses _____ Cuanto duro el parto _____horas
Type of delivery: *normal*_____ *breech*_____*Cesarean*_____
Cómo fue el parto: normal_____ de nalgas _____cesárea _____
Method of delivery: *natura* _____ *induced* _____*forceps*_____
Tipo de parto: natural_____ inducido_____fórceps_____
Birth weight lbs _____ oz. _____ Hospital of birth __
Peso al nacer lbs. _____ oz. _____ hospital donde nació _____

Did the baby have any of the following (please answer yes or no):
Si el niño/a tuvo alguna de las siguientes dificultades indique con (si, o no)
Jaundice _____ *feeding difficulty*_____ *breathing difficulty* _____*surgery*_____
Ictericia _____ problemas para mamar_____problemas respiratorios _____ Cirugía_____

***Medical History*:**
Historial médico:
Please indicate the age at which your child has had any of the following:
Indique la edad que tenia el niño/a si tuvo las siguientes enfermedades
*Measles*_____*Chicken Pox*_____ *Asthma* _____
Sarampión_____ Varicela_____ Asma _____
Menigitis _____*Seizures*_____ *Allergies* _____
Meningitis _____ Convulsiones_____ Alérgias _____
Tonsilitis _____ *Earaches*_____ *Scarlet Fever* _____
Extracción de las amígdalas _____ Dolor de oído_____ Escarlatina _____

Please name any other illnesses and age of onset _____
_____
Indique si ha tenido otras enfermedades y a que edad comenzaron. _____
_____

Developmental History
Desarrollo del niño/a
First tooth _____ *sat alone* _____ *crawled* _____
Le salió el primer diente _____ se sentó solo/a _____ gateó_____
Walked alone _____ *toilet trained*_____
caminó solo/a _____ fue al baño solo/a_____
First babbled _____ *first words (age and words)*_____
Comenzó a balbucearPrimeras palabras (edad y las palabras) _____
First phrases or sentences (age and words) _____
Primeras frases u oraciones (la edad y las palabras usadas) _____

Please check "yes" or "no" Por favor indique con "si" o con "no" si el niño/a	*YES*/ SI	*NO*/ NO
Did the child have difficulty learning to ride a bicycle? Tiene dificultad para aprender a andar en bicicleta?		
Does child fall or lose balance? Se cae o pierde el equilibrio con facilidad?		
Does child have difficulty grasping objects? Tiene dificultad para agarrar objetos?		
Does child have difficulty sipping through a straw? Tiene dificultad para sorber por una pajita?		
Does child have difficulty chewing or swallowing? Tiene dificultad para masticar o tragar?		
Does child have any difficulty imitating arm movements? Dificultad para imitar movimientos con los brazos?		
Does child have difficulty imitating movements of facial expression? Dificultad para imitar movimientos faciales?		
Does child play with other children? Juega con otros niños?		
Does child have an interest in television? Le interesa la televisión?		
Does child feed him/her self? Se alimenta solo?		
Does child dress his/her self? Se viste solo?		
Does child sleep throughout the night? Duerme toda la noche?		
Does child seem to understand when spoken to? Entiende cuando le hablan?		
Does child have difficulty talking about his/her ideas using words? Tiene dificultad para expresar sus ideas?		
Is child able to concentrate on one activity? Puede concentrarse en una actividad?		
Is child able to separate from parent/caregiver? Puede separarse de la persona que lo cuida?		

Does your child show preference for: left hand _____ *right hand* _____ *neither hand* _____

Que mano prefiere utilizar su niño/a izquierda _____ derecha _____ ninguna en particular_____

Other Comments/Quisiera Agrerar Algo

_____

_____

_____