Your Child's Speech, Language, and Hearing History

This information helps us tailor therapy to your child's unique needs. Thank you for taking the time to complete this form.

Today's Date_____

Name_____ Date of birth_____
Nombre *Fecha de Nacimiento*

Age/*Edad*_____

Male/Female (circle one)

School/*Escuela*_____ Grade/*Grado*_____

Parents_____
Padres Mom/ *Madre* Dad/ *Padre*

Address _____
Direccion City/ *Cuidad* State/*Estado* Zip/*Codigo Postal*

Email/*Correo Electronico*_____

Phone_____
Telefono Home/ *Casa* Work/*Trabajo* Cell/ *Celular*

Has your child been evaluated for this before? YES ☐ NO ☐
¿El estudiante ha sido evaluado anteriormente? *SI* *NO*

If yes, where*? /Si, si en dónde?*_____ When/*Cuando?*_____

Referred by/*Referido por*: _____

Reasons for Referral/*Motivos de Consulta*: _____

_____

Family/Familia

1. Who does your child live with? *Con quien vive el nino/a?*

2. Any brothers and sisters? What are their ages? *Hermanos y hermanas, edades?*

3. History of speech/language difficulties with other family members?
   Historial de dificultades de habla y language en la familia?

4. What is your child's primary language at home and in school? If multiple, which is stronger?
   Cual es el primer lenguaje en casa, escuela, cual es mas fuerte?

Pregnancy and Birth/*Embarazo y Nacimiento*

1. Problems or complications during the pregnancy? Full term?
   Problemas or complicaciones durante el embarazo? Nacio termino complete?

Medical

1. Has your child ever been hospitalized? Major accidents, surgeries, etc.?
   El nino/a ha sido hospitalizado? Un accidente grave, sirugias, etc.?

2. Any medications? *Medicamentos?*

3. Problems with/*Problemas con:*
   Eating/*Comer:*

   Sleeping/*Dormir:*

   Behavior/C*omportamiento:*

   Attention/*Attencion*:

4. At what age did your child/*A que edad el nino/a:*
   Sit up alone/*Sentarse solo/a:*

   Walk/*Caminar:*

   Dress him / herself/*Vestirse solo/a:*

   Become toilet trained/*Ir al bano solo/a:*

   Say first words/*Decidir sus primeras palabras:*

   Say two words together/*Poner dos palabras juntas:*

Hearing/*Audicion*

1. When was your child's last hearing evaluation? What were the results?
   Cuando fue su ultimo examen de audicion? Cuales fueron los resultados?

School/*Escuela*

1. What is the name of your child's school (current or future)?
   Cual es el nombre de la escuela al cual el nino/a atendie or va a atender?

2. What grade is your child in?
   En que grado va el nino/a?

3. What is the language of instruction?
   Cual es el lenguaje de instruccion?

4. What type of classroom is/will your child be in?
   Que tipo de clase atendie o va atender el nino/a?

5. How is your child doing in school? Any concerns of parents, teacher?
   Como va el nino/a en la escuela, preocupaciones de los padres, maestro/a?

6. Is your child receiving special support services at school or elsewhere? How long?
   El nino/a esta recibiendo servicios de soporte en la escuela o otra parte? Cuanto tiempo?

7. Does your child have IEP? Last date? Goals?
   El nino/a tiene un IEP? Ultimo dia? Metas?

History of Problem/*Historial de Problema*

1. Describe your child's speech and language problem.
   Describa el problema de habla y leguaje.

2. Concerns of other family members, teachers?
   Preocupaciones de otros miembros de familia, maestro/a?

3. What does your child do when he/she is frustrated? *Que hace el nino/a cuando esta frustrado?*

4. How does your child get along with peers? *Como se lleva/ el nino/a con otros ninos?*

5. What activity, games, books, movies, does your child especially like?
   Que actividades, juegos, libros, peliculas, le gusten especialmente a su hijo/a?