

**Helping Hands Pediatric Therapy, Inc.**  
**CONFIDENTIAL CASE HISTORY QUESTIONNAIRE**

<b>Identificar La Información:</b>		
<b>Nombre Del Niño:</b>	<b>Fecha Del Nacimiento:</b>	<b>Fecha De hoy:</b>
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Cierre relámpago:
Nombres De los Padres:		
Teléfono Casero:	Teléfono De la Célula:	Teléfono Del Negocio:
Email address:		
Nombres y edades de los miembros de la familia:		
Nombre:	Edad:	Relación:
Nombre:	Edad:	Relación:
Nombre:	Edad:	Relación:
Nombre:	Edad:	Relación:
El niño vive con: (círculo)    ambos padres    padre    mother    otro:		
Persona a entrar en contacto con en una emergencia:		
<b>Physician/Pediatrician Del Niño:</b>	<b>Teléfono:</b>	
<b>Diagnosis Médica:</b>		
El otro Physicians/Specialists/Professionals que trabaja con su niño:		
Nombre	Teléfono:	
Nombre	Teléfono:	
Nombre	Teléfono:	
<b>Información Del Seguro:</b>		
Compañía De Seguros:		
Persona Asegurada:	Fecha de nacimiento:	
Dirección Del Seguro:		
Número de teléfono del seguro:		
Número De Grupo:	Número De la Política:	
<b>Número De Medicaid/Peachcare:</b>		
<b>Información De la Remisión:</b>		
Referido Cerca:		
<b>Describe sus preocupaciones y la naturaleza del problema:</b>		
¿Su niño ha recibido intervencions o servicios hasta esta fecha? Describa por favor:		

**Helping Hands Pediatric Therapy, Inc.**  
**CONFIDENTIAL CASE HISTORY QUESTIONNAIRE**

<b>Historia y desarrollo del nacimiento del niño:</b>				
<b>Prenatal:</b>				
¿Adoptan a su niño?		¿Si es así en qué edad?		
¿La madre tiene infecciones, enfermedades, lesiones u otras complicaciones durante embarazo? Si sí, por favor describa.				
¿Medicaciones tomadas durante embarazo o la entrega?				
<b>Nacimiento e infancia:</b>				
Localización del nacimiento:		Peso del nacimiento:		
¿Era el embarazo lleno-termino?				
Era de trabajo (respuestas del círculo que se aplican) ¿normal? ¿cortocircuito? ¿prolongado? ¿inducido?				
Era la entrega (respuestas del círculo que se aplican) ¿normal? ¿trasero? ¿cesariano? ¿el fórceps utilizó?				
¿Incubaron al niño?		¿Si sí, cuanto tiempo?		
¿Había otras complicaciones en el nacimiento?(respuestas del círculo que se aplican)¿ictericia?¿transfusiones?				
¿dificultad de respiración? ¿dificultad de alimentación? ¿Cuenta de Apgar? Otro:				
Describa cualquier defecto congénito:				
Pues un infante hizo a niño parézcase: (respuestas del círculo que se aplican) ¿feliz? ¿grito con frecuencia?				
¿largases horas del sueño? ¿estela a menudo? ¿alimentación lentamente? ¿coma bien?				
¿como la oscilación? ¿quéjese cuando está sostenido?				
¿colicky? ¿difícil de calmar?				
¿difícil de conseguir dormir? ¿difícil a hold/cuddle?				
<b>Desarrollo Del Motor</b>				
¿En qué edad su niño hizo el siguiente?				
excedente del rodillo -		arrastre -		siéntese solamente -
caminata -		beba de la copa -		masque alimentos sólidos -
coma con útiles -		ate los cordones -		
¿Que se arrastra fue prolongada la fase, breve o casi enteramente eliminado?				
¿Puede hacer su niño el siguiente? Si sí, indica la calidad del desempeño de niño:				
	<b>No</b>	<b>Sí</b>	<b>Pobre</b>	<b>Promedio</b>
	<b>Bueno</b>			
Suba un pie				
Sáltese con ambos pies				
Suba en y sobre objetos				
Salte con ambos pies juntos				
Cabalgue un triciclo				
Cabalgue una bicicleta, con o sin la instrucción las ruedas				
Comba				
Patín de ruedas				
Patee una pelota				
Bombee el ser en el columpio				
Corte con tijeras				





**Helping Hands Pediatric Therapy, Inc.**  
**CONFIDENTIAL CASE HISTORY QUESTIONNAIRE**

<b>Las actividades de Vivir Diariamente</b>	
¿Qué auto habilidades de ayuda tiene su niño? (Utiliza por favor el código siguiente de carta: <b>U - Incapaz, yo - Incapaz, S - necesita ayuda, S - necesita la supervisión sólo</b> )	
Viste el ser	
Se desnuda el ser	
Ser de lavabos	
Cepilla dientes	
Los lavados entregan	
Alimenta el ser	
Las bebidas de la copa	
Cierra las cremalleras	
Botones	
Los cierres & engancha	
Pone zapatos	
Ata zapatos	
<b>Historia sensoria</b>	
¿Ha tenido su niño un examen de vista?	La fecha de último probar:
¿Por quién fue realizada la prueba?	¿Los resultados de oído la prueba?
¿Ha tenido su niño un examen de ojo?	La fecha de último probar:
¿Qué fue los resultados del examen de ojo?	
¿Lleva su niño gafas?	
¿Hay los sonidos que su niño quiere especialmente o tiene aversión a?	
¿Hay las texturas que su niño quiere o tiene aversión a?	
¿A qué alimentos tiene especialmente su niño aversión?	
¿Qué olores quiere especialmente su niño o tiene aversión a?	
Revise por favor la lista sensoria debajo de y haga una marca X debajo de la columna que describe mejor a su niño	
Hace a su niño:	
<b>Nunca rara vez A Veces a menudo Siempre</b>	
¿Responde negativamente a ruidos fuertes?	
¿El fallo que oye algunos sonidos?	
Incapaz de seguir 2 o 3 direcciones	
¿Dado inmediatamente?	

**Helping Hands Pediatric Therapy, Inc.**  
**CONFIDENTIAL CASE HISTORY QUESTIONNAIRE**

La Historia sensoria continuó...	Nunca rara vez A Veces a menudo Siempre
Tenga dificultad que atiende	
¿Cuándo hay otro presente del ruido?	
¿Quiere cantar o bailar a la música?	
¿Tiene los ritmos de copiar de dificultad?	
¿Tiene recordar de dificultad qué es dicho?	
¿Tiene los problemas de discurso o articulación?	
¿Evita las texturas duras o crujientes de alimento?	
¿Mantiene una postura sin tapa parada?	
¿Chupa el pulgar o los dedos?	
¿Los juguetea/objetos de la boca?	
¿Evita manos que ponen en sustancias desordenadas?	
¿La antipatía para ser tocada inesperadamente?	
¿Tiende a sentirse el dolor cuando dolió?	
¿Muestra la sensibilidad a ropas o etiquetas?	
¿Prefiere tocar antes que es tocado?	
¿El pellizco, la mordedura, o el ser de otro modo herido?	
¿Golpea cabeza a propósito, ahora o en el pasado?	
¿Evita manos que utilizan por períodos prolongados?	
¿Parpadea en luces brillantes?	
¿Las cartas inversas o numera?	
¿Quiere estar en la oscuridad?	
¿Tiene dificultad con contacto visual?	
¿Mece en la cama, ahora o en el pasado?	
¿La vuelta o hacer girar más que la mayoría de los niños?	
¿Salta mucho?	
¿Parece temeroso del espacio?	
¿Obtiene coche enfermo?	
¿Como movimientos rápidos?	
¿Tiene aprender de problema para subir escalera?	
¿Pisa dedos, ahora o en el pasado?	
¿Aparece torpe o la caída a menudo?	
¿Tiene coordinación motriz pobre con pequeñas cosas?	
¿Tiene un alcance difícil con un lápiz?	
¿Aparece tener sentido del gusto normal?	
¿Aparece tener olfato normal?	
¿Tiende a explorar oralmente o con el olor?	
¿Tiene el problema que aprende el control urinario?	
¿Tiene el problema con el control de intestinos?	
¿Tiene el problema con la incontinencia nocturna?	
¿Parece sensible a la crítica?	
¿Vacila en tratar nuevas tareas?	
¿Tiene los temores definidos?	
¿Tiene las rabiets del genio?	



**Helping Hands Pediatric Therapy, Inc.**  
CONFIDENTIAL CASE HISTORY QUESTIONNAIRE



**Helping Hands Pediatric Therapy, Inc.**  
CONFIDENTIAL CASE HISTORY QUESTIONNAIRE

**Helping Hands Pediatric Therapy, Inc.**  
CONFIDENTIAL CASE HISTORY QUESTIONNAIRE

ca qué

i eso es el caso,

**Helping Hands Pediatric Therapy, Inc.**  
CONFIDENTIAL CASE HISTORY QUESTIONNAIRE

**Helping Hands Pediatric Therapy, Inc.**  
CONFIDENTIAL CASE HISTORY QUESTIONNAIRE

dependiente,

ño:

**Helping Hands Pediatric Therapy, Inc.**  
CONFIDENTIAL CASE HISTORY QUESTIONNAIRE

**Helping Hands Pediatric Therapy, Inc.**  
CONFIDENTIAL CASE HISTORY QUESTIONNAIRE