



Child History Form

Niño formulario de antecedentes

Por favor complete la siguiente información antes de la evaluación prevista de su hijo. Esta información se utiliza como parte de la evaluación inicial.

Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Dirección: _____	
Padres: _____	Phone _____

Please indicate your concerns (the reason for the evaluation) and provide brief description:

<input type="checkbox"/> motor fino _____	<input type="checkbox"/> escritura _____
<input type="checkbox"/> Sensorio _____	<input type="checkbox"/> Movimiento _____
<input type="checkbox"/> movilidad _____	<input type="checkbox"/> Coordinación _____
<input type="checkbox"/> Transiciones _____	<input type="checkbox"/> jugar _____
<input type="checkbox"/> Discurso _____	<input type="checkbox"/> Idioma _____
<input type="checkbox"/> Comida _____	<input type="checkbox"/> deglución _____
<input type="checkbox"/> comportamiento _____	<input type="checkbox"/> El procesamiento visual / motor _____
<input type="checkbox"/> Actividades de la Vida Diaria (vestirse, bañarse, _____)	

Diagnóstico Médico: _____ **¿por quién?** _____

Terapia (es) solicitan? Terapia Ocupaciona Habla

Alergias: Por favor especificar reacción alérgica y la gravedad (látex, comida - mantequilla de maní, huevos, lácteos, etc)

NKA Las alergias a: _____ reacción: _____

Precauciones Terapia:

- ¿Hay alguna restricción de movimiento NO SÍ especificar: _____
- ¿Existen restricciones en la dieta? NO SÍ specify: _____
- ¿Tiene su hijo requiere de equipo? NO SÍ specify: _____
- AFOS la derecha, dejando ambos Walker Wheelchair manual power VOCA
- empresa:** _____ **Teléfono:** _____
- ¿Tiene su hijo una derivación? NO SÍ revision date: _____
- ¿Está su hijo tomando algún medicamento? NO SÍ especificar _____
- ¿Se ha diagnosticado a su niño con síndrome de Down? NO SÍ
 - ¿El médico indica inestabilidad atlantoaxial? NO SÍ
 - ¿Existen restricciones? NO SÍ especificar: _____



Parent signature: _____ **Date:** _____

