



100 Cobblestone Lane  
Burnsville, MN 55337  
952.898-5700

3915 Golden Valley Road  
Minneapolis, MN 55422  
763.588.0811

146 North Lake Street  
Forest Lake, MN 55025  
651.464.5235

1460 Curve Crest Blvd.  
Stillwater, MN 55082  
651.439.8283

## CUESTIONARIO DE HISTORIAL CLÍNICO PEDIÁTRICO

Apellido De Niño: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Médico: \_\_\_\_\_

Edad Actual: \_\_\_\_\_ Número teléfono: \_\_\_\_\_

Nombres de cuidador/hermanos: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la razón principal por la que desea servicios terapéuticos? \_\_\_\_\_

### ¿Qué tal habla el inglés?

- Con fluidez     Entiende inglés     Necesita intérprete

Si no es el inglés, ¿cuál es su idioma primario? \_\_\_\_\_

### Historial Del Nacimiento:

Gestación: \_\_\_\_\_ Peso al Nacer: \_\_\_\_\_

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nacimiento normal, sin preocupaciones              | <input type="checkbox"/> Aspiración de Meconium |
| <input type="checkbox"/> Prematuro  | <input type="checkbox"/> Anoxia                 |
| <input type="checkbox"/> Sufrimiento fetal                                  | <input type="checkbox"/> Baja puntuación Apgar  |
| <input type="checkbox"/> La exposición prenatal a drogas, alcohol o toxinas | <input type="checkbox"/> CMV                    |
| <input type="checkbox"/> Adoptado/historial clínico desconocido             |   |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas pertinentes al nacimiento: _____   |   |

## PEDIATRIC HEALTH HISTORY QUESTIONNAIRE

(Traducción al inglés. No escribir en esta sección.)

Child's Last Name: \_\_\_\_\_

First name: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Birthdate: \_\_\_\_\_

Medical diagnosis: \_\_\_\_\_

Current Age: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_

Caregiver/sibling names: \_\_\_\_\_

What is the primary reason you are seeking therapy services? \_\_\_\_\_

### How well do you speak English?

- Fluently     English understood     Interpreter needed

If not English, what is your primary language? \_\_\_\_\_

### Birth History:

Gestation: \_\_\_\_\_ Birth Weight: \_\_\_\_\_

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Normal birth, no concerns                     | <input type="checkbox"/> Meconium aspiration |
| <input type="checkbox"/> Prematurity                                   | <input type="checkbox"/> Anoxia              |
| <input type="checkbox"/> Fetal distress                                | <input type="checkbox"/> Low Apgar scores    |
| <input type="checkbox"/> Prenatal exposure to drugs, alcohol or toxins | <input type="checkbox"/> CMV                 |
| <input type="checkbox"/> Adopted/medical history unknown               |  |
| <input type="checkbox"/> Other pertinent birth problems: _____         |  |

**Medical History:** ¿Su hijo ha tenido alguno de los padecimientos siguientes?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dificultades en la audición                 | <input type="checkbox"/> Shunt  |
| <input type="checkbox"/> Utiliza dispositivos de ayuda a la audición | <input type="checkbox"/> Labio o paladar divididos                                |
| <input type="checkbox"/> Dificultades con la visión                  | <input type="checkbox"/> Problemas en la alimentación                             |
| <input type="checkbox"/> Usa espejuelos                              | <input type="checkbox"/> Preocupaciones de comportamiento                         |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones                                | <input type="checkbox"/> Preocupaciones de Sensorial                              |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios                     | <input type="checkbox"/> Usa silla de ruedas manual                               |
| <input type="checkbox"/> Huesos fracturados                          | <input type="checkbox"/> Usa silla de ruedas eléctrica                            |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos                         | <input type="checkbox"/> Usa bastón o andador                                     |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                    | <input type="checkbox"/> Infecciones del oído, Numero de tubos en los oídos: ____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                                      | <input type="checkbox"/> Usa ortesis/Férula                                       |
| <input type="checkbox"/> Asma  |   |
| <input type="checkbox"/> Alergias. Diga cuáles: _____                |   |
| <input type="checkbox"/> Cirugías/hospitalización: _____             |   |

**Tiene su casa:**

- |   |                                   |                                 |
|---|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Escaleras, sin baranda | <input type="checkbox"/> Rampa    | <input type="checkbox"/> Bañera |
| <input type="checkbox"/> Escaleras, con baranda | <input type="checkbox"/> Ascensor | <input type="checkbox"/> Ducha  |

**¿Cuáles medicamentos toma actualmente su hijo?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Dieta especial:**  Sí  No

En caso de sí, qué tipo: \_\_\_\_\_

**Historial del desarrollo:** ¿A qué edad su hijo adquirió las siguientes habilidades?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rodar                    | <input type="checkbox"/> Usar frases de dos palabras   |
| <input type="checkbox"/> Sentarse                 | <input type="checkbox"/> Beber en vaso                 |
| <input type="checkbox"/> Pararse                  | <input type="checkbox"/> Comer con los dedos           |
| <input type="checkbox"/> Caminar                  | <input type="checkbox"/> Usar utensilios para comer    |
| <input type="checkbox"/> Balbucear/Arrullar       | <input type="checkbox"/> Ir solo al servicio sanitario |
| <input type="checkbox"/> Decir la primera palabra |  |

**Medical History:** Has your child ever had any of the following?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Difficulty with hearing            | <input type="checkbox"/> Shunt                        |
| <input type="checkbox"/> Wears hearing aids                 | <input type="checkbox"/> Cleft lip/palate             |
| <input type="checkbox"/> Difficulty with vision             | <input type="checkbox"/> Feeding problems             |
| <input type="checkbox"/> Wears glasses                      | <input type="checkbox"/> Behavior concerns            |
| <input type="checkbox"/> Seizures                           | <input type="checkbox"/> Sensory concerns             |
| <input type="checkbox"/> Breathing problems                 | <input type="checkbox"/> Uses a manual wheelchair     |
| <input type="checkbox"/> Broken bones                       | <input type="checkbox"/> Uses a power wheelchair      |
| <input type="checkbox"/> Heart problems                     | <input type="checkbox"/> Uses a cane or walker        |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                           | <input type="checkbox"/> Ear infections #___/PE tubes |
| <input type="checkbox"/> Cancer                             | <input type="checkbox"/> Wears orthotics or splints   |
| <input type="checkbox"/> Asthma                             |   |
| <input type="checkbox"/> Allergies: food/other/latex: _____ |   |
| <input type="checkbox"/> Surgeries/hospitalizations: _____  |   |

**Does your home have:**

- |   |                                   |                                  |
|---|-----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stairs, no railing   | <input type="checkbox"/> Ramp     | <input type="checkbox"/> Bathtub |
| <input type="checkbox"/> Stairs, with railing | <input type="checkbox"/> Elevator | <input type="checkbox"/> Shower  |

**Current Medications:** \_\_\_\_\_

**Special diet:**  Yes  No

If yes, what type: \_\_\_\_\_

**Developmental history:** Was your child delayed in acquiring any of the following milestones?

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Roll       | <input type="checkbox"/> Uses 2 word phrases |
| <input type="checkbox"/> Sit        | <input type="checkbox"/> Drinks from cup     |
| <input type="checkbox"/> Stand      | <input type="checkbox"/> Finger feeds        |
| <input type="checkbox"/> Walk       | <input type="checkbox"/> Uses utensils       |
| <input type="checkbox"/> Babble/coo | <input type="checkbox"/> Toilet trained      |
| <input type="checkbox"/> Uses words |  |

**¿Cómo se comunica su hijo?**

- Por gestos
- Mediante sonidos
- Con palabras
- Con lenguaje de signos
- Utiliza un sistema aumentativo
- Utiliza PECS o símbolos de foto

**¿Con quién vive su hijo?**

- Mamá
- Papá
- Ambos
- Entorno de grupo domiciliario
- Otros: \_\_\_\_\_
- Hermanos
- Otros familiares
- Padres adoptivos o en custodia

**Una vez dado de alta de las terapias, piensa que su hijo permanecerá en l situación actual de vida?**  Sí  No

Si respondió que no, ¿hay algo sobre lo que quisiera conversar con su terapeuta antes de que se le dé de alta?

**¿Su hijo participa en algo de lo siguiente?**

- Guardería
- Escuela pública
- Educación infantil/familiar
- Programa “Head Start”
- Escuela privada
- Otro: \_\_\_\_\_
- Educación especial infantil
- Preescolar
- Enseñanza en la casa
- Tiene asistente o niñera para su cuidado

**Servicios escolares:**

Nombre de la Escuela del Niño: \_\_\_\_\_

Grado de escolaridad: \_\_\_\_\_

Ciudad, Distrito Escolar: \_\_\_\_\_

Su hijo ha sido evaluado por el distrito escolar?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

Razones: \_\_\_\_\_

- Participa actualmente en un Plan de Educación Individual (IEP)
- Actualmente no es elegible para el (IEP)

**Nota: Si su hijo tiene actualmente un plan de educación individualizada (IEP), o un plan de servicio familiar individualizado (IFSP), traiga una copia de su próxima citación.**

**How does your child communicate?**

- Gestures
- Sounds
- Words
- Sign language
- Uses augmentative system
- Uses PECS or picture symbols

**With whom does your child live?**

- Mom
- Dad
- Both/two parents
- Group home setting
- Other: \_\_\_\_\_
- Siblings
- Other relatives
- Foster parents

**After discharge from therapies, do you plan that your child will remain in his/her current living situation?**  Yes  No

If no, is there anything you would like your child’s therapist to address with you prior to discharge? \_\_\_\_\_

**Does your child participate in any of the following:**

- Daycare
- Public school
- Early childhood/family ed.
- Head Start
- Private school
- Other: \_\_\_\_\_
- Early childhood/special education
- Pre-school
- Home school
- Uses personal care attendant/nanny

**School services:**

Child’s school: \_\_\_\_\_

Grade level: \_\_\_\_\_

City/school district: \_\_\_\_\_

Has your child ever been evaluated by your school district?  Yes  No

If yes, when: \_\_\_\_\_

Reasons: \_\_\_\_\_

- Child currently has an IEP, EFSP or IIIP
- Child is not eligible for an IEP

*(If your child has an IEP or an IFSP, please bring a copy to your appointment so we can coordinate with your child’s school program.)*

**Mi hijo está recibiendo actualmente los servicios siguientes a través de las escuelas públicas:**

	Frecuencia (días a la semana/ tiempo por sesión)	¿Este es un entorno individual o de grupo?	Nombre del personal de la escuela
<input type="checkbox"/> Terapia ocupacional	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Terapia física	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Logopedia	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Psicólogo	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Trabajador Social	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otro: _____	_____	_____	_____

**Otros servicios:** ¿Su hijo ha recibido servicios de otro proveedor?

	Nombre del proveedor	Última visita
<input type="checkbox"/> Terapia ocupacional	_____	_____
<input type="checkbox"/> Terapia física	_____	_____
<input type="checkbox"/> Logopedia	_____	_____
<input type="checkbox"/> Consejero de Psicología/ Salud Mental	_____	_____
<input type="checkbox"/> Neurólogo	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ortopeda	_____	_____
<input type="checkbox"/> Fisiatra	_____	_____
<input type="checkbox"/> Quiropráctico/Ortopeda	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otro: _____	_____	_____

**Historial social/emocional:**

Prefiere jugar:  Solo  Con otros  Con adultos

Juguetes preferidos: \_\_\_\_\_

Juguetes o actividades a los que le teme el niño: \_\_\_\_\_

Se separa de los padres:

- Con facilidad  Se resiste, se calma rápidamente  
 Se resiste, no se calma

*Please list the services your child receives through the public schools:*

	How often (days per week or time per session)	Individual or group setting	Name of school staff
<input type="checkbox"/> Occupational therapy	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Physical therapy	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Speech therapy	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Psychologist	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Social Worker	.....	.....	.....
<input type="checkbox"/> Other: .....	.....	.....	.....

**Other services:** Has your child received or is currently receiving services from another provider?

	Name of provider:	Last visit:
<input type="checkbox"/> Occupational therapy	.....	.....
<input type="checkbox"/> Physical therapy	.....	.....
<input type="checkbox"/> Speech therapy	.....	.....
<input type="checkbox"/> Psychology/mental Health counselor	.....	.....
<input type="checkbox"/> Neurologist	.....	.....
<input type="checkbox"/> Orthopedist	.....	.....
<input type="checkbox"/> Physiatrist	.....	.....
<input type="checkbox"/> Chiropractor/osteopath	.....	.....
<input type="checkbox"/> Other: .....	.....	.....

**Social/emotional history:**

Prefers to play:  Alone  With other children  With adults

Preferred toys/activities: .....

Toys/activities child is afraid of: .....

Separation from parent:

- Easily separates  Resistant to separate, calms quickly  
 Resistant to separate, cannot calm

Preocupaciones con respecto al comportamiento: \_\_\_\_\_

Dificultades con el sueño: \_\_\_\_\_

Demasiado sensible a las cosas del entorno: \_\_\_\_\_

Nivel de confort en el agua:      Le teme            No le teme

**Que es importante para el terapeuta (terapeuta) sabe de su hijo y su familia?**

**¿Qué esperan lograr usted o su hijo con la terapia?**

**¿Hay alguna información adicional que desee compartir?** (Por ejemplo, creencias espirituales o culturales que afecten la atención, consideraciones legales, o consideraciones o directrices de salud)

**¿Algunas precauciones con el tratamiento?**

**Formulario completado por:** \_\_\_\_\_

**Vínculo con el cliente:** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

*Behavior concerns:* .....

*Difficulty with sleeping:* .....

*Overly sensitive to things in the environment:* .....

*Comfort level in water:*      *Afraid*            *Not afraid*

***What is important for the therapists to know about your child and family?***

***What would you or your child hope to accomplish with therapy?***

***Is there any additional information you want to share? (For example, cultural or spiritual beliefs that affect care, legal considerations, or health considerations or directives)***

***Are there any treatment precautions?***

*Form completed by:* .....

*Relationship to client:* .....

*Date:* .....