



Cuestionario De Pre-evaluación Del Habla Y El Lenguaje

Nombre de Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Información del Cuidador

Nombre del cuidador: _____

El Papel en la Vida Del Niño: Padre Abuelo Padre Adoptivo Otro _____

¿Cuáles son sus principales áreas de preocupación? *Marque todo lo que corresponda*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sonidos Cuando Habla | <input type="checkbox"/> Idioma En Entornos Sociales |
| <input type="checkbox"/> Entendiendo el Lenguaje | <input type="checkbox"/> Atención |
| <input type="checkbox"/> Expresarse con Lenguaje | <input type="checkbox"/> Habilidades de Jugar |
| <input type="checkbox"/> Calidad de Voz | <input type="checkbox"/> Dificultades De Aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Suavidad del Habla | <input type="checkbox"/> Infección Recurrente Del Oído |
| <input type="checkbox"/> Tartamudeo | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

¿Hay una historia de lo siguiente en su familia?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Retraso en el Hablo o el Lenguaje | <input type="checkbox"/> Tartamudeo |
| <input type="checkbox"/> Déficit de Atención Hiperactividad-
Trastorno | <input type="checkbox"/> Dificultades de Aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Trastorno del Espectro Austimo | <input type="checkbox"/> Otro : _____ |

¿Cuáles son sus principales objetivos de comunicación para su hijo(a) en este momento?

Preguntas específicas para el desarrollo del habla

¿A qué edad se cumplieron por primera vez estos hitos de la comunicación?

Hitos de la Comunicación	Edad	Comentarios
Balbucear		
Di la primera palabra		
Usa 2 Palabras en Combinación		



¿Se ha probado la audición de su hijo(a)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, cuando?		
Fecha	Médico	Resultados

¿Tiene su hijo(a) antecedentes de infecciones de oído recurrentes por trompas en sus oídos?

Preguntas específicas de habla y lenguaje

¿Cómo se comunica su hijo(a) sus deseos y necesidades durante el día?

¿A qué formas de comunicación usa o tiene acceso su hijo actualmente? <i>Por favor proporcione detalles.</i>
<input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/> Lenguaje de Señas <input type="checkbox"/> Sistema de Comunicación de Intercambio de Imágenes (PECS) <input type="checkbox"/> Dispositivo Generador de Voz (Dispositivo de Comunicación Aumentativa) <input type="checkbox"/> Otro: _____

NOTA: traiga cualquier tecnología o dispositivo de asistencia a la evaluación.

Por favor, proporcione tanta información como sea posible. El patólogo del habla y el lenguaje revisará esta información para la evaluación inicial de su hijo(a).

UCP Espera Poder Servirle A Usted Y A Su Hijo!