

THERAPY SERVICES PEDIATRIC INTAKE FORM

Child's Full Name/ Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

Date Of Birth/ Fecha de Cumpleaños: \_\_\_\_\_ Grade/Grado: \_\_\_\_\_

Mother / Madre: \_\_\_\_\_ Phone/ Teléfono: \_\_\_\_\_

Father/ Padre: \_\_\_\_\_ Phone/ Teléfono: \_\_\_\_\_

Parent's Marital Status/ Relación de los padres:

- Married/ Casados
- Separated/ Separados
- Divorced/ Divorciados
- Widowed/ Viudo(a)

Child's Physician/ Doctor del niño(a): \_\_\_\_\_

List names of siblings and ages/ Hermanos(nas) y edades: \_\_\_\_\_

What language is spoken at home?/ ¿Qué idioma hablan en casa? \_\_\_\_\_

In your own words please describe your concerns about your child's problem/ En sus propias palabras, que preocupaciones tiene en cuanto la salud/desarrollo de su hijo(a): \_\_\_\_\_

When was the difficulty first noticed? ¿Cuándo notó la dificultad? \_\_\_\_\_

What has been done about it? ¿Qué han hecho para mejorar la dificultad? \_\_\_\_\_

**BIRTH HISTORY:**

1. Is this your natural, adopted, or stepchild?/¿Es su hijo(a)/ adoptado(a)/ hijastro(a): \_\_\_\_\_
2. Full term pregnancy?/ ¿Tuvo un Embarazo de tiempo completo? \_\_\_\_\_  
 Normal pregnancy in every respect?/ ¿Embarazo normal? \_\_\_\_\_  
 If not, please describe/ Si no, que sucedio: \_\_\_\_\_
3. Length of labor/ Parto: \_\_\_\_\_  Natural/ Natural  Induced/ Inducido  Vaginal/ Vaginal  
 Caesarean/ Cesarea  Instruments used/ Instrumento usado \_\_\_\_\_
4. Complications of any type before, during or immediately after delivery? /¿ Alguna complicación antes del parto, durante del parto o después del parto? \_\_\_\_\_
5. Birth weight and height/ Peso y altura al nacer: \_\_\_\_\_
6. Is child currently small, large or average size for age?/ ¿ Es el niño(a) pequeña, grande o normal para su edad? \_\_\_\_\_

**MEDICAL HISTORY/ HISTORIAL MEDICO:**

1. Name the medications your child is currently taking, both prescribed and over the counter/ Nombre los medicamentos que toma el niño, ambos recetados y remedios caseros:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Has child had any of the following medical problems?/ Ha tenido algunos de estos problemas medicos:

	Date/ Fecha		Date/ Fecha
Frequent Colds/ Gripes		Behavior/ Comportamiento	
Tonsillitis/Amigdalitis		Car Sickness/ Nausea	
Meningitis/ Meningitis		Encephalitis/ Encefalitis	
PE Tubes/ Tubos de PE		Allergies/ Alergias	
Ear Infections/ Infecciones de oido		Head Injuries/lesion cranial	
Poor Attention/ Atención		Dehydration/ Deshidración	
Hyperactivity/ Hiperactividad		Unconsciousness/ Inconsciencia	
Seizures/ Convulciones		Other/ Otro-	

3. Please describe the severity and treatment of items checked above/ Como tratarón las condiciones marcadas en la sección anterior: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. If child has allergies, which ones and how are they treated?/ ¿Que alergias tiene el niño(a) y como lo tartan?

\_\_\_\_\_

5. Has child ever been hospitalized?/ ¿Han hospitalizado as niño(a)? \_\_\_\_\_  
When and why?/ ¿Cuando y porque? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Has child had previous evaluations or therapy/ Ha recibido alguna evaluación o terapia anteriormente:

- Speech & Language/ Habla y lenguaje       Eye and/or Ear/ Ojos o oidos  
 Psychiatric/ Psiquiátrico                       Neurological/Neurologico  
 EEG/ EEG     Physical Therapy/ Terapia Fisica  
 Occupational Therapy/ Terapia Funcional       Psychological/ Psicologica  
 Intellectual or Academic/ Intelectual o academica  
 Other/ Otro : \_\_\_\_\_

If you marked any of the above, please provide date and Dr’s name/ ¿Cuando y que doctor lo receto?

\_\_\_\_\_

7. Date of most recent physical examination/ ¿Cuando fúe la ultima visita medica?: \_\_\_\_\_  
Physician/ Doctor: \_\_\_\_\_

8. Has your child’s hearing ever been tested?/ ¿Le han hecho un examen de audición? \_\_\_\_\_

9. When was the last eye examination?/ ¿Cuando le revisaron la vista al niño? \_\_\_\_\_  
Doctor’s name/ Nombre del doctor: \_\_\_\_\_

Give a brief description of child's "personality." Begin by writing the one word which best describes the child. Please include what your child likes and dislikes./ ¿Cómo es la personalidad del niño(a)? Incluya que le gusta y que no le gusta

### MOTOR MILESTONES/ DESARROLLO MOTRIZ

At what age did your child/ A que edad el niño(a):

Milestone	Age/ Edad	Milestone	Age/ Edad
Hold his head up/Sostuvo su cabeza solo		Walk unassisted?/ ¿Caminó?	
Sit alone?/¿Se sentó solo?		Run/ Corrió	
Crawl?/¿Gateó?		Potty Trained/ ¿ Usó el baño solo?	
Pull to stand?/¿Se paró solo?		Dressing self/ ¿Se vistió solo?	

Answer the following by stating <b>left hand</b> or <b>right hand</b> / Conteste las proximas preguntas con <b>mano izquierda</b> o <b>mano derecha</b>	Left Izquierda	Right Derecha
Which hand does child use for writing?/ ¿Qué mano usa para escribir?		
For Eating?/ ¿Para comer?		
For Throwing?/ ¿Para tirar?		
Has your child always used that hand?/ ¿Siempre ha usado esa mano?		

Does your child... El/la niño(a)	Yes Sí	No No	If you mark yes- When? Explain more Si marco que sí¿Cuándo? Explique más
Any unusual sleeping problems or habits during early life?/ ¿Tiene problemas para dormir o mañas que no se le quitan?			
Tolerate clothing textures?/ ¿ Le molesta algun tipo de vestuario o ropa?			
Current feeding issues?/ ¿Problemas para comer?			
Have difficulty eating/ Tiene dificultad comiendo			
Have difficulty swallowing/ Tiene dificultad tragando			
Have difficulty Chewing / Tiene dificultad Masticando?			
Have difficulty Drinking / Tiene dificultad Tomando?			
Have difficulty Excessive drooling? / Tiene dificultad Babeando?			
Cut with scissors?/ ¿Cortar con tijeras?			
Clap?/ ¿Aplaudir?			
Scribble?/ ¿Pintar/Manchar?			
Hold pencil correctly?/ ¿Sostener un lápiz?			
Print?/ ¿Escribir?			
Draw simple shapes?/ ¿Dibujar formas?			
Is child able to dress his/her self?/ ¿Vestir solo(a)?			
Fall or lose balance easily or seem awkward or uncoordinated?/ ¿ Se cae fácil, o pierde			

coordinación?			
Ride a tricycle? Montar un triciclo?			
Has child ever worn any type of braces, bars, or corrective shoes?/ ¿ Ha usado inmovilizador de pierna, barras o zapatos ortopedicos?			

### HEARING, SPEECH, AND LANGUAGE/ AUDICIÓN, HABLA Y LENGUAJE:

1. What language is spoken at home?/ ¿Que idioma hablan en casa? \_\_\_\_\_
2. How many words does your child use on a regular basis?/ ¿Cuántas palabras usa el niño(a) frecuentemente?  
\_\_\_\_\_
3. How much of your child's speech do you understand?/¿Cuánto del habla del niño(a) entiende?  
25%                      50%                      75%                      100%  
What sounds does your child struggle with?/ ¿Que sonido le cuesta decir a su hijo(a)?  
\_\_\_\_\_
4. At what age did child begin to/ A que edad:  
Say first words?/ ¿Dijo su primera palabra? \_\_\_\_\_ Use short phrases?/ ¿Uso frases? \_\_\_\_\_  
Use complete sentences?/ ¿Uso oraciones completas? \_\_\_\_\_

Does your child... El niño(a)	Yes Sí	No No	If you mark yes- When? Explain more Si marco que sí¿Cuándo? Explique más
Does your child use words to communicate?/ ¿Usa palabras para comunicarse?			
Has child had frequent ear infections? ¿Ha tenido infecciones de oído ?			
Has child ever had tubes?/ ¿Le han puesto tubos en los oídos?			
Does your child stutter?/ ¿Tartamudea su hijo(a)?			
Is there anyone in your family who has ever had speech and language problems?/ ¿Hay alguien en su familia que ha tenido problemas con su habla y lenguaje?			
Does your child use words to request items?/ Usa palabras para pedir cosas?			
Does your child use words to request help?/ Usa palabras para pedir ayuda?			

### SCHOOL HISTORY/ DESARROLLO SOCIAL:

Does your child have... El niño(a) tiene	Yes Sí	No No	If you mark yes- When? Explain more Si marco que sí¿Cuándo? Explique más
Any school difficulties? ¿Problemas en la escuela?			
Has child ever had remedial or tutorial help?/ ¿Recibe tutorial académica?			

Is the child in Special education?/ ¿Recibe educacion especial?			
Is the child in any clubs or sports?/ ¿Esta en algun club o grupo deportivo?			
Does the child have friends or peers that they engage with?/ ¿Tiene amistades o grupos de amigos con quien convive?			
Is child primarily responsive to people or objects?/ ¿Cómo responde inicialmente a personas o objetos			
Is child highly distractible, withdrawn, or hyperactive?/¿Es distraido, solo o Hiperactivo?			
Is child easily managed at home?/ ¿En casa, es capaz de controlar el comportamiento del niñ(a)?			
Is child especially alert to movement, noises, or touch?/ ¿Le atraen o molestan los movimientos, sonidos o toques?			
Does he/she exhibit any pattern of behavior (thumb sucking, nail biting, etc)?/ ¿ Tiene comportamientos o mañas consistentes (chuparse el dedo, morder uñas, jalarse el pelo) cuando esta estresado?			
Are there any family members with emotional, addictive, or bipolar problems?/ ¿Algun familiar con adicciones, depresión, o problemas emocionales			

Any other medical or health information that the therapist needs to know for evaluation and therapy/ Hay algo que le ayudaría a el/la terapeuta para esta evaluación o terapia del niño(a):

---



---



---



---

Parent / Guardian Signature: \_\_\_\_\_  
Firma del padre o guardian

Date: \_\_\_\_\_  
Fecha

Therapist Signature: \_\_\_\_\_  
Firma de el/la Terapeuta(a)

Date: \_\_\_\_\_  
Fecha