

Pediatric Therapy Services
304 NE Hood Ave Gresham, OR 97030
Phone: 503-666-1333
Fax: 503-666-2444



Historia del Desarrollo *Developmental History Form*

* Por favor, llenar el siguiente lo más completo posible sobre la historia del desarrollo de su hijo/a. Esto va a ayudarnos a cumplir una evaluación inicial y a desarrollar un plan de tratamiento para su hijo/a. Por favor, pregúntanos si usted necesita ayuda.

Please fill out the following as completely as possible regarding your child's developmental history. This will assist us in completing an initial assessment and in developing a treatment plan for your child. Please free to ask for assistance if needed.

Nombre de su hijo/hija: *Your child's name* _____
Fecha de nacimiento: *Birth Date* _____
Quien le refirió a nosotros? *Who referred you to us?* _____

Información de la historia médica: *Medical History Information*

Médico Familiar (PCP): *Primary Care Physician* _____

Otros especialistas que su hijo/a ha visitado: *Other Specialists your child has seen* _____

Medicamentos (por favor, haga una lista del nombre, cantidad, frecuencia, y razón de tomar cada medicamento): *Medications (Please list name, amount taken, how often, and reason for taking)* _____

¿Su hijo/a tiene alergias?: *Does your child have any allergies* _____

Por favor, escriba cualquier diagnosis que su hijo/a ha recibido: *Please list any diagnosis your child has received* _____

¿Su hijo/a ha se quedado en un hospital?: *Has your child ever been hospitalized* _____

¿Su hijo/a ha tenido algunos accidentes significantes?: *Has your child had any significant accidents* _____

Pruebas Previas: *Previous Testing*

Visión: *Vision* ☐ Si *Yes* ☐ No *No* Fecha del examen *Date Tested* _____

Oído: *Hearing* ☐ Si *Yes* ☐ No *No* Fecha del examen *Date Tested* _____

☐ Infecciones de los oídos *Ear Infections*

☐ Tubos (de drenaje) en los oídos *Tubes in ears*

Informacion del desarrollo y nacimiento: *Birth and Developmental Information*

Embarazo fue: *Pregnancy was* ☐ A Término *Full-term* ☐ Prematuro: *Premature* _____ semanas *weeks*

Parto fue: *Delivery was* ☐ Normal *Normal* ☐ Cesáreo *Caesarean* ☐ Fórceps *Forceps* ☐ Otro *Other*

¿Había algunos problemas de salud o complicaciones durante el embarazo? *Were there any health problems or complications during pregnancy?* _____

¿Había algunos problemas después del parto? *Were there any complications following delivery?* _____

A qué edad empezaba su hijo/a a: *At what age did your child first darse vueltas (roll over), _____, sentarse sin ayuda (sit without help) _____, gatear (crawl) _____ caminar (walk) _____, correr (run) _____.*

Información de la Escuela: *School Information*

Nombre de la Escuela: *Name of School* _____ Grado: *Grade* _____

☐ Programa de educación regular
Regular Education Program

☐ Programa de educación especial
Special Education Program

☐ Con una IEP
On an IEP

Servicios que el/ella está recibiendo presentemente: *Services Currently Receiving*

☐ Terapia Ocupacional (OT) ¿Con cuánta frecuencia? *How Often* _____ ¿Dónde? *Where* _____

☐ Terapia Física (PT) ¿Con cuánta frecuencia? _____ ¿Dónde? _____

☐ Terapia de Habla y Lenguaje (SLP) ¿Con cuánta frecuencia? _____ ¿Dónde? _____

☐ Psicología (Psychology) ¿Con cuánta frecuencia? _____ ¿Dónde? _____

☐ Nutrición (Nutrition) ¿Con cuánta frecuencia? _____ ¿Dónde? _____

☐ Terapia Visión (Vision Therapy) ¿Con cuánta frecuencia? _____ ¿Dónde? _____

Hay otra información importante sobre su hijo/a que quiere compartir con nosotros?
Are there any other important facts concerning your child that you would like to share with us?

Página cumplido por:
Form filled out by

☐ Madre
Mother

☐ Padre
Father

☐ Otro
Other