



Funcional Escuchando Cuestionario

Información de Contacto

Nombre de niño(a):	Sexo:	Fecha de nacimiento:	Edad:
Nombre de los padres:	dirección de su casa:		Ciudad: Estado:
correo electrónico:	Tel (casa):	Tel (trabajo):	Tel (cell):
Nombre de escuela:	Grado:	Nombre de maestro (a):	Tel de escuela:

Información General

¿Hubo alguna complicación durante el embarazo?	No	Sí. Por favor, especifique.	
¿Hubo alguna complicación durante el parto o el parto?	No	Sí. Por favor, especifique.	
¿Cuál es el orden de nacimiento de su hijo?			
Por favor, especifique las condiciones o el nacimiento de su hijo? (marque todas las que se aplican)	Parto vaginal, uso de pinzas, uso de vacío, cesárea, prematuro, post maduro, a término		
¿Cuál fue el peso de nacimiento de su hijo?	¿Cuáles fueron las puntuaciones de Apgar de su hijo?	En 1 minuto:	En 5 minutos:
Por favor, indique la edad / sexo de los hermanos:			
¿Su niño ha recibido servicios de terapia ocupacional en el pasado?	No	Si	
Si, respondió si, por favor conteste las siguientes preguntas.			
¿A qué edad el niño comienza la terapia?			
¿Cuánto tiempo / su hijo ha recibido terapia?			
¿Con qué frecuencia era o es visto a su hijo para la terapia?			
Ha / ¿Recibe su hijo otras intervenciones?	Terapia del lenguaje, cuanto tiempo?	Terapia física, cuanto tiempo?	Terapia de conducta (ABA) cuanto tiempo?
¿Su hijo tiene alguna alergia alimentaria?	No	Sí, por favor, especifique	



¿Está su hijo en una dieta especial?	No	Sí, por favor, especifique	

¿Su hijo tiene antecedentes de infecciones del oído? No Sí

Si contesto si, por favor especifique cuantas veces y a que edad.

Esta su hijo tomando alguna medicina? No Si

Si contesto si, por favor especifique cuales medicinas y por cuanto tiempo.

¿Su hijo tiene alguna alergia? No Si

Si contesto si, por favor especifique.

¿Su niño ha sufrido lesiones graves o hospitalisaciones? No Si

Si contesto si, por favor especifique.

¿Tiene su hijo uso de gafas? No Si

A tenido su hijo historia de convulsions? No Si

Si contesto, si por favor especifique.

Tenga en cuenta la edad aproximada en que su hijo obtuvo los siguientes habilidades:

Sentarse: Gatear en vientre: Gatear, de crucero : a pie: las primeras palabras:

Saltar: Correr: Andar en triciclo: Andar en bicicleta 2-ruedas:

Saltar la cuerda:



¿Cuáles son sus principales preocupaciones?

¿Qué son la hora/s más difícil del día?

Describir el impacto en el niño y los miembros de la familia?

Sleeping

A que hora se despierta su hijo?

¿Cuál es el estado de ánimo de su hijo en la mañana?

¿A qué hora pone su hijo a la cama?

Adonde se duerme su hijo?



¿ Tiene su niño dificultad para dormir?

quedarse dormido?

Despertar frecuente de noche?

¿Cuántas veces por noche se despierta él / ella?

¿Qué hace su niño cuando se despierta?
(grita, se va al cuarto de sus padres, juega con juguetes)

¿Qué actividades se utilizan para recuperar a su hijo a dormir?

Describir las rutinas que son útiles para preparar a su hijo a dormir?

¿Qué edad tenía su hijo cuando él / ella dormía toda la noche?

¿Tiene su hijo parecen requerir demasiado o demasiado poco de sueño?

12545 Orange Drive - Suite 502
Davie, Florida 33330



Breakthrough Therapy Services
DEVELOPMENTAL BREAKTHROUGHS FOR CHILDREN
www.breakthroughtherapyservices.com

Phone: (954) 474 - 8048
Fax: (954) 474 - 8145
info@breakthroughtherapyservices.com

