



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

### FORMULARIO DE HISTORIA FAMILIAR Y MÉDICA

La información que proporcione ayudará a nuestros empleados a determinar la atención que necesita y las pruebas administradas durante la evaluación de su hijo/a. Los antecedentes individuales, la experiencia cultural y el apoyo familiar de un niño/a son factores importantes para determinar un plan de tratamiento para su hijo/a.

#### **Servicios de Terapias Necesarias (Marque todo lo que corresponda):**

Del Habla     Ocupacional     Física     Alimentación (marque Ter. Ocup. o Habla.)

#### **Ubicación del Servicio (Marque la ubicación preferida)**

- Edmond- 14715 Bristol Park Blvd, Edmond OK 73013  
 Sooner- 901 S Sooner Rd, OKC OK 73110  
 Yukon- 1445 Health Center Parkway, Yukon OK 73099

#### Información General:

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_ (Circule Uno) Hombre/Mujer    Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombres de los Padres/Cuidadores: \_\_\_\_\_

Dirección de la Casa: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Numero de Celular: \_\_\_\_\_

Mejor # para llamar: (circule uno) Casa/Trabajo/Celular    Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Idioma(s) nativo(s) que se hablan en el hogar: \_\_\_\_\_ Idioma principal del niño/a: \_\_\_\_\_

Nombre y Número de Teléfono del Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

¿Quién lo refirió a Sensational Kids? \_\_\_\_\_

¿Quién es el pediatra o el médico de familia de su hijo/a? \_\_\_\_\_

Teléfono de Médico: \_\_\_\_\_ Dirección de Médico: \_\_\_\_\_ Número de Fax: \_\_\_\_\_

¿Está su hijo/a en la escuela? Si o No En caso afirmativo, ¿Dónde? \_\_\_\_\_ ¿Qué grado? \_\_\_\_\_

¿Está su hijo/a en alguna clase especial o tiene necesidades especiales? \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/a un IEP? Si o No **En caso afirmativo, necesitamos una copia actual devuelta con este formulario**

#### Razón por la Visita:

Indique brevemente la razón por la que su hijo/a necesita una evaluación (incluya las razones de cada evaluación si busca más de un servicio): \_\_\_\_\_

¿Cuándo se identificaron por primera vez los problemas? \_\_\_\_\_ ¿Por quién? \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a es consciente del problema? Si es así, ¿Cómo se siente el niño/a? \_\_\_\_\_

#### Preocupaciones y metas del niño/a/familia

Describe lo que quiere que su hijo/a logre con la ayuda de la terapia (¿Qué le gustaría que su hijo/a hiciera que no puede hacer ahora?)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

**Información Familiar**

Padre/Cuidador: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Nivel educativo más alto: \_\_\_\_\_

Relación con el niño/a (marque con un círculo) Adoptivo Biológico Otro \_\_\_\_\_

Padre/Cuidador: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Nivel educativo más alto: \_\_\_\_\_

Relación con el niño/a (marque con un círculo) Adoptivo Biológico Otro \_\_\_\_\_

**Enumere los herman@s y/o cualquier otra persona que vive en el hogar:**

Nombre	Años	Relación con el niño/a
1		
2		
3		
4		
5		

¿Tiene su hijo/a un cuidador fuera del hogar? \_\_\_\_\_

Si es así, ¿Cuándo está el niño/a con este cuidador? \_\_\_\_\_

¿Hay algo sobre sus creencias religiosas que debamos saber que pueda afectar la terapia o las actividades elegidas para la terapia? (ej., hojas de trabajo de día festivos, etc.) \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a sigue una dieta específica o especial? (por ejemplo, gluten, caseína, colorante de alimentos, azúcar, etc.) \_\_\_\_\_

¿Cuáles son las actividades, las cosas para comer, y caricaturas favoritos de su hijo/a, que se pueden utilizar como motivadores durante la terapia? (p. ej., Bluey, Thomas el Tren, CoComelon, Dora, Paw Patrol, Skittles) \_\_\_\_\_

¿En qué actividades participa su hijo/a con regularidad? (ej. futbol, iglesia, gimnasia) \_\_\_\_\_

¿Cuál es la principal forma de movilidad de su hijo/a? (ej., gatear, caminar, silla de ruedas/cochecito) \_\_\_\_\_

**Historial Médico:**

¿Hubo alguna complicación durante el embarazo o el parto de su hijo/a? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

Edad gestacional al momento del parto (o número de semanas antes o después): \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de parto (marque uno con un círculo)? Vaginal Cesárea= electiva o de emergencia

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ Longitud del bebe \_\_\_\_\_

¿Estaba su hijo/a en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales/NICU? \_\_\_\_\_ Si es así, ¿cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Asegúrese de incluir una explicación para cualquier pregunta que haya respondido "sí".

ARTÍCULO	DESCRIPCIÓN	SI	NO	EXPLICACIÓN
1	Resfriados frecuentes/Enfermedad respiratoria			
2	Estreptococos frecuentes/infecciones de garganta			
3	Infecciones de oído (¿tubos colocados?)			
4	Defecto de nacimiento/Trastorno genético			
5	Alergias o asma			
6	Problemas cardiacos/del corazón			
7	Trastorno visual/problemas de visión			
8	Desorden neurológico			
9	Ataques o convulsiones			
10	Pérdida de audición/escucha o trastorno del oído			
11	Lesiones en la cabeza o conmociones cerebrales			
12	Cualquier enfermedad infantil importante (viruela, inflamación de las cuerdas vocales/garganta, sarampión, paperas, meningitis, etc.)			
13	Hospitalización/Cirugía			

¿Su hijo/a ve a algún especialista (por ejemplo, neurología, psiquiatría, ABA, etc.)?

¿Ha tenido su hijo/a alguna dificultad para alimentarse? (ej. chupar, tragar, babear, masticar, reflujo, ahogo)? Si\_ No\_

En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

¿Su niño/a tiene un lazo/frenillo en la lengua, labio, o cachetes? Si\_ No\_ Lo Sospecha \_\_\_ Confirmado \_\_\_ No lo sabe \_\_\_

Su niño/a tiene dificultad para hacer cosas con los niños de su edad? Si\_ No\_ En caso afirmativo, describa:

¿Su hijo/a se tropieza o se cae con frecuencia? Si\_ No\_ En caso afirmativo, describa:

Enumere los medicamentos que toma actualmente su hijo/a, si los hay (incluya los medicamentos de venta libre o los medicamentos que se le hayan dado según sea necesario): \_\_\_\_\_

**\*Tenga en cuenta: si los medicamentos cambian en cualquier momento antes de la evaluación o los servicios, proporcione documentación por escrito para incluirla en los registros de su hijo/a.**

¿Su hijo/a es ALÉRGICO a algún alimento? Si\_ No\_ Si es así, ¿A qué? \_\_\_\_\_

Note las reacciones a la alergia junto con la gravedad: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a es ALÉRGICO a algún medicamento? Si\_ No\_ Si es así, ¿Qué? \_\_\_\_\_

Note las reacciones a la alergia junto con la gravedad: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a usa algún equipo especial para las actividades diarias? Si\_ No\_ (ej., anteojos, audiófono, férulas, silla de ruedas, etc.) En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

### Historia de Desarrollo:

Indique la edad cuando su hijo/a realizó por primera vez cada uno de los siguientes de manera INDEPENDIENTE. (Está bien indicar una edad aproximada). Marque si cree que su hijo/a lo logró temprano, a tiempo, o tarde. Si su hijo/a aún no ha alcanzado la meta de desarrollo, marque N/A.

ETAPAS DE DESARROLLO	TEMPRANO	A TIEMPO	N/A	TARDE	SI FUE TARDE, ¿A QUÉ EDAD?
Dijo las primeras palabras (6-12 meses)					
Uso preguntas simples (18-24 meses)					
Siguió instrucciones simples (9-12 meses)					
Dijo 2-3 frases (18-24 meses)					
Levantó la cabeza cuando estaba boca abajo (0-3 meses)					
Dio la vuelta (3-6 meses)					
Se sentó sin apoyo (6-7 meses)					
Se arrastró/gatillo sin apoyo (6-9 meses)					
Se paro solo (10-12 meses)					
Camino solo (12-14 meses)					

### Por favor marque las tareas que su hijo puede hacer de forma independiente en este momento:

Bebe de:  Botella  Un vaso con pico de popote o especial  popote  vaso regular  sopla velas  
Se alimenta con:  dedos/manos  cuchara  tenedor  corta con cuchillo  
Se cepilla los dientes con:  ayuda de padres  trata de cepillar solo/a pero necesita ayuda  cepilla solo/a  
Se desviste:  camisa  pantalón  calzoncillo  calcetines  zapatos/tenis  
Se viste:  camisa  pantalón  calzoncillo  calcetines  zapatos/tenis  
Tenis:  ata los cordones  abrocha con velcro  
Botones:  desabrocha los botones grandes de pijamas  desabrocha los botones pequeños de camisas  
 abrocha los botones pequeños de camisas de vestir  desabrocha los botones de sus pantalones  
Zieres:  jala para abajo  jala para arriba cuando un adulta coloca el pin  coloca el pin solo y jala para arriba  
Baño:  entrenado durante el día  entrenado durante la noche  puede hacer popo en la tasa  
Duerme:  toda la noche  se despierta frecuentemente  necesita una rutina especial (por ejemplo . música, luces etc.) Si es así, por favor explique la rutina: \_\_\_\_\_

### ¿Ha tenido su hijo/a problemas con alguno de los siguientes (más tarde de lo esperado para la edad del niño/a)?

ARTÍCULO	DESCRIPCIÓN	SÍ	NO	EXPLICACIÓN
1	Babear			
2	Chuparse el dedo			
3	Rabietas/berrinches			
4	Golpeando la cabeza			
5	Agresión/destructividad			
6	Hábitos nerviosos (Morderse las uñas, etc.)			

ARTÍCULO	DESCRIPCIÓN	SÍ	NO	EXPLICACIÓN
7	Poco o más reactivo a los sonidos			
8	Poco o más reactivo a la ropa o al que lo toquen otros			
9	Poco o más reactivo al sabor			
10	Poco o más reactivo al olor			
11	Algún miedo inusual			
*12	Dificultad al socializar con sus compañeros			
*13	Dificultad al socializar con la familia			
14	Dificultad permanecer en el asiento del coche			

**\*Si marcó sí a las preguntas 12 o 13, complete la siguiente sección "Social". Si no es así, continúe con "Estrés Familiares".**

**Social:**

Coloque una marca de verificación junto a cualquier habilidad social en la que su hijo/a demuestre dificultad:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Iniciar / responder a saludos / despedidas de compañeros                               | <input type="checkbox"/> Mantener actividades con compañeros     |
| <input type="checkbox"/> Mantener el "dar y recibir" de las conversaciones                                      | <input type="checkbox"/> Iniciar conversaciones con compañeros   |
| <input type="checkbox"/> Responder a preguntas durante la conversación  | <input type="checkbox"/> Hacer preguntas durante la conversación |
| <input type="checkbox"/> Mantener el contacto visual durante la conversación                                    | <input type="checkbox"/> Expresando verbalmente cómo se siente   |
| <input type="checkbox"/> Reconocer expresiones faciales, señales no verbales o "lenguaje corporal" de los demás |  |

**Estrés Familiares:** (por favor marque si alguno de los siguientes eventos estresantes sucedieron en los últimos 12 meses)

ARTÍCULO	DESCRIPCIÓN	SI	NO	EXPLICACIÓN
1	Separaciones matrimoniales/Divorcio			
2	Muerte en la familia			
3	Crisis financiera			
4	Cambio de trabajo/Dificultades			
5	Problemas escolares			
6	Problemas legales			
7	Problemas médicas			
8	Mudanza de hogar			
9	Separación extendida de padres			
10	Otro evento estresante			

**Discurso y lenguaje:** (Por favor NOMAS complete esta porción si tiene preocupación del habla de su hijo/a; aquellos que necesitan terapia ocupacional y física contiene más abajo en \*\*\*) )

**¿Cuál de los siguientes cree que entiende Su hijo/a?**

Su propio nombre  Nombres de familiares  Nombres de objetos  Nombres de las partes del cuerpo  
 Instrucciones simples  Direcciones complejas  Habla conversacional

**¿Qué métodos usa su hijo/a para hacerle saber lo que quiere?**

Mirar objetos  Señalar objetos  Gestos  Llorando  Vocalizar/Gruñir  Manipulación física  
 Solo palabras  2-3 palabras combinadas  Oraciones

**¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el habla de su hijo/a?**

Fácil de comprender  Difícil de entender para los padres  Difícil de entender para los demás  
 Casi nunca entendido por los demás  Diferente de otros niños de su edad

**¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la reacción de su hijo/a su discurso?**

Se frustra fácilmente cuando no se le entiende  No parece darse cuenta del problema del habla/comunicación  
 Se han burlado de su habla  Intenta decir sonidos o palabras con mayor claridad cuando se le pregunta

Si su hijo/a todavía no usa palabras, ¿hace algunos sonidos? Si o No Si es así, ¿Cuáles sonidos? \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/a dificultad para producir ciertos sonidos? Si o No Si es así, ¿Cuáles sonidos? \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a tartamudea cuando intenta decir una palabra? Si o No

¿Le preocupa la voz de su hijo/a? (Demasiado suave, demasiado fuerte, etc.) Si o No

¿Cuál es la reacción de los padres al habla del niño/a? \_\_\_\_\_

---

Describe el estado de comunicación actual de su hijo/a (p.j. verbal, lenguaje de señas, gestos, aparato comunicativo, etc.) \_\_\_\_\_

**\*\*\* ¿Su hijo/a ha sido evaluado o recibido terapia este año calendario, aquí o en cualquier otro centro?**

Si  No  (Si la respuesta es sí, hable con la oficina principal sobre la transferencia de la evaluación.

**En caso afirmativo, llene a continuación:**

Evaluaciones servicios previos:	Quien	Donde	Cuando
Terapea ocupacional	_____	_____	_____

Terapea físico	_____	_____	_____
----------------	-------	-------	-------

Terapeaa del habla	_____	_____	_____
--------------------	-------	-------	-------

Alimentacion (circlue terapia ocup. o habla.)	_____	_____	_____
---	-------	-------	-------

Enfoque y resultados de las terapias anteriores: \_\_\_\_\_

**Información de facturación para compañías aseguradoras aceptadas:**

Para terapia ocupacional, física y del habla, actualmente somos proveedores dentro de la red para:

Blue Cross/Blue Shield, Tricare, HealthChoice, OSMA y Medicaid/Soonercare, United Healthcare, WebTPA y Cigna.

Si es miembro de uno de estos proveedores, nosotros presentaremos las reclamaciones de seguro para usted. **El copago se debe pagar el día del servicio.** Si los servicios no están cubiertos por alguna razón por su compañía de seguros, usted será responsable del pago total.

**Información de facturación para compañías de seguros fuera de la red:**

Si estamos fuera de la red con su compañía de seguros, el pago total del servicio vence el día del servicio. Presentaremos un reclamo en su nombre como cortesía. Dependiendo de su plan de seguro, los beneficios fuera de la red pueden pagarse después de alcanzar su deducible. Algunas compañías le reembolsará directamente, mientras que otras reembolsará a la clínica. Si se reembolsa a la clínica, la cantidad se acreditará en su cuenta y los pagos futuros por servicios se ajustarán en consecuencia. Se proporcionarán informes escritos a pedido de la compañía de seguros según sea necesario.

**Información del Seguro Primario:**

Nombre de la compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_  
# de Grupo \_\_\_\_\_ Número de identidad \_\_\_\_\_  
Nombre del patrocinador: \_\_\_\_\_ Nombre de empleado \_\_\_\_\_  
Patrocinador SSN # \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Patrocinador: \_\_\_\_\_

\* Si el titular de la póliza vive con el paciente, marque este cuadro [ ]

\* Si el titular de la póliza no vive con el paciente, proporcione la dirección del titular de la póliza:

---

**Información secundaria del seguro:**

Nombre de la compañía de seguro: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_  
# de Grupo \_\_\_\_\_ Número de identidad \_\_\_\_\_  
Nombre del patrocinador: \_\_\_\_\_ Nombre de empleado \_\_\_\_\_  
Patrocinador SSN # \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Patrocinador: \_\_\_\_\_

\* Si el titular de la póliza vive con el paciente, marque esta casilla [ ]

\* Si el titular de la póliza no vive con el paciente, proporcione la dirección del titular de la póliza:

---

**Información de facturación para pago privado de la Terapia:**

Si nosotros no estamos en la red con su compañía de seguros o si los servicios son un beneficio no cubierto de su proveedor de seguros, ofrecemos un "Precio de Descuento el Mismo Día". Para calificar para este precio con descuento, el pago debe realizarse el día del servicio.

La tarifa de evaluación inicial es de \$350.00 que incluye una evaluación y un informe escrito. Si no se requieren pruebas estandarizadas, una tarifa de consulta es de \$200.00 proporcionará una consulta de una hora y un informe escrito/metas de tratamiento. Las sesiones de terapias de Ocupacional y Física son de \$120.00 por una hora completa. Las sesiones de terapia del habla cuestan \$60.00 por media hora o \$100.00 por una hora. Las sesiones de una hora quedan a discreción de los padres y el terapeuta, según las necesidades del niño/a. Los servicios adicionales proporcionados incluyen asistir a una reunión del IEP (\$125.00) y realizar observaciones escolares o observaciones en el hogar por hasta 90 minutos (\$150.00). **Todos los pagos vencen en el momento del servicio(s) para calificar para estos precios con descuento.**

**Responsabilidad Financiera:**

Persona que es financieramente responsable de esta cuenta:

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_

- Al firmar este formulario, declaro que soy el tutor legal de este menor y que la ley me permite tomar decisiones para realizar la prueba a este menor. Si mi seguro o cualquier otra información cambia antes de la evaluación o durante el tiempo que mi hijo/a/ recibe tratamiento de terapia, es mi responsabilidad proporcionar cambios por escrito a Sensational Kids, Inc. (p. Ej., Información sobre el nuevo seguro, domicilio, número de teléfono, etc. ).
- Entiendo que soy financieramente responsable de los servicios prestados por Sensational Kids, Inc. y el personal, y entiendo que mi plan de seguro puede pagar una parte negociada de estos cargos. Autorizo a mi compañía de seguros a pagar los beneficios directamente a Sensational Kids, Inc.
- Entiendo que en caso de que mi seguro niegue el pago de los servicios prestados, para mi hijo/a, acepto ser personalmente responsable de esos cargos. Entiendo que todos los copagos designados por el contrato del plan de seguro son mi responsabilidad y vencen en el momento de la visita al consultorio de mi hijo/a. En caso de que mi cuenta sea remitida a una agencia de cobranza para el pago, seré responsable de cualquier cargo asociado con el cobro de esta deuda. En caso de que mi cheque sea devuelto por fondos insuficientes, se me cobrará un cargo por cheque devuelto de \$25.00.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Política de asistencia:** Dado que es comprensible que los niño/as y otros miembros de la familia se enfermen, permitiremos dos cancelaciones por trimestre (período de tres meses). Sin embargo, si una familia necesita cancelar sesiones adicionales durante este período de tratamiento, se requiere el pago de una tarifa de cancelación de \$50.00 para mantener el tiempo de tratamiento del niño/a en el horario regular. Si la asistencia se convierte en un problema con una cantidad excesiva de cancelaciones, entonces su hijo/a podría estar en peligro de ser eliminado de nuestro horario diario.

**Liberación de información:** La oficina de Sensational Kids puede divulgar parte o toda la información del paciente para fines de reclamos de seguros. Si la otra parte está pagando la factura del paciente, Sensational Kids puede divulgar parte o toda la información del paciente a esa parte para verificar los cargos. El consultorio de Sensational Kid puede divulgar parte o toda la información del paciente al médico tratante del paciente, al médico o médicos consultores y a otros proveedores de atención médica que tengan una necesidad legítima de dicha información para el cuidado y tratamiento del paciente.

**Configuración de la Evaluación Inicial:** Tan pronto como se reciba la documentación completa en nuestra oficina, el gerente de la oficina se comunicará con usted para programar una evaluación. Si no ha recibido una llamada dentro de una semana después de devolver la documentación, comuníquese con nuestra oficina. El día de la evaluación de su hijo/a, pídale a su hijo/a que use lentes correctivos si es necesario. ¡Esperamos formar parte de su equipo!

**Al firmar este formulario, acepta todos los términos y condiciones enumerados anteriormente.**

Padre / cuidador

(Nombre en letra de imprenta): \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_