

HISTORIA CLÍNICA PARA EVALUACIÓN LOGOPÉDICA MIOFUNCIONAL

DATOS PERSONALES

Nombre:

Apellidos:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Domicilio:

Código Postal:

Teléfono:

Nombre del padre:

Edad:

Estudios del padre:

Profesión:

Nombre de la madre:

Edad:

Estudios de la madre:

Profesión:

Hermanos:

Nombre:

Edad:

Nombre:

Edad:

Nombre:

Edad:

Otras personas del núcleo familiar:

Nombre:

Edad:

Parentesco:

Curso escolar:

Remitido por:

Fecha de valoración:

DATOS CLÍNICOS

Motivo de la consulta:

Informe:

¿Qué crees que te pasa?:

¿cuándo se dieron cuenta del problema del niño?:

Actitud de los familiares con respecto a la patología o problema del niño:

¿Qué es lo que conocen sobre esta alteración o patología?:

¿A qué creen que puede deberse?:

¿Conocen algún otro caso?:

¿Qué finalidades son las que persiguen?:

¿Qué aspectos son los que creen que se van a tratar con la especialidad de Logopedia?:

¿En qué cree que consiste el tratamiento?:

¿Cuánto tiempo considera que se necesita de tratamiento para la rehabilitación del problema de su hijo/a?:

Grado de implicación de la familia

Alto: Medio: Bajo:

Grado de implicación del paciente en el tratamiento

Alto: Medio: Bajo:

Antecedentes familiares (genéticos y/o funcionales)

Padre: Tipología y perfil facial:

Alteración dentomaxilofacial:

Parafunciones o hábitos alterados:

Madre: Tipología y perfil facial:

Alteración dentomaxilofacial:

Parafunciones o hábitos alterados:

Observaciones:

Consultas o tratamientos anteriores:

Realizados por:

Diagnóstico:

Evolución:

FACTORES AMBIENTALES O PERSONALES

Persona que lo cuida habitualmente:

Relación con la persona que lo cuida habitualmente

Buena: Regular: Mala:

Estado civil de los padres:

Tiempo que pasa con los abuelos, tíos...:

¿Quién es la persona con quien pasa la mayor parte del día?:

Indicar si se han producido algún cambio importante en el entorno familiar (nacimiento, muerte de un ser querido, cambio de colegio, domicilio etc):

¿Cómo reacciona la familia frente al problema del niño?. Le regañan, le llaman la atención si tiene la boca abierta, lengua entre los dientes, no retiene el agua o alimento, babea:

¿Tiene algún problema de integración en el colegio?. Indicar el motivo si se conoce, especialmente si está relacionado con el problema que se va a tratar:

¿Cómo afronta su problema ante otros niños?:

¿Creen que le ha podido influir en su desarrollo personal: amigos, colegio?:

¿Le notan acomplejado?:

¿Cómo lo calificaría su padre/madre?

Dependiente:	Independiente:	Nervioso:	Tranquilo:
Retraído:	Caprichoso:	Alegre:	Triste:
Cooperador:	Carácter fuerte:	Carácter débil:	Responsable:
Pasivo:	Activo:	Introspectivo:	Extrovertido:

Aficiones:

Ve la televisión

Cuanto tiempo al día

¿Qué tipo de programas ve?:

¿Utiliza el ordenador o consola?:

¿Cuánto tiempo al día?:

¿Qué tipo de programas utiliza?:

Cuáles son sus principales juegos?:

¿Qué actividad extraescolar realiza?:

¿Cuántos días a la semana?:

¿Se inscribió voluntariamente?:

DESARROLLO GENERAL

Embarazo (indicar complicaciones):

Parto:

Eutócico:

Distócico:

Especificar problema:

Desarrollo motor:

Normalizado:

Alterado:

Indicar si alguna de las etapas se inició con retraso o se demoró más de lo esperado, tuvo una evolución no esperable etc:

Desarrollo del habla

Normalizado

Alterado:

Ha tardado en pronunciar algún sonido concreto:

NO

SÍ

¿Cuál, R/S/L?:

¿Actualmente pronuncia incorrectamente algún sonido, sílaba o palabra?

NO

SÍ

¿Cuál?

¿Alguien de la familia ha presentado la misma dificultad?:

¿Presenta algún otro tipo de problema al hablar?:

DESARROLLO MIOFUNCIONAL

Desarrollo de la dentición

- Edad de aparición de los primeros dientes:
- Indicar si la aparición cursó algún problema:
- ¿Existen problemas de dentición en la actualidad?
- Indicar si se produjeron caídas o golpes que pudieran ser causa de traumatismos dentomaxilofaciales

:

Alimentación.

Antecedentes.

Alimentación materna: SI NO Periodo:

Alimentación con biberón: SÍ NO Periodo:

Material y tipo de tetina.

Alimentación con semisólidos: SÍ NO Periodo:

Alimentación con sólidos: SÍ NO Inicio:

Problemas en la alimentación.

Dificultad para succionar, masticar o deglutir

Reflujo gastroesofágico

Reflujo nasal

Rechazo a determinados alimentos (indicar la posible causa, consistencia, temperatura):

Alimento actual.

Tipo de alimentos que come el paciente.

Desayuno:

Almuerzo

Comida

Merienda

Cena

Otros

Alimentos preferidos

Alimentos que rechaza

Tiempo que tarda en comer

Presencia de reflejos anómalos SI NO

Mastica los alimentos	SÍ	NO	
Realiza movimientos extraños al masticar y/o tragar:		SI	NO
¿Hace ruido al comer?	SÍ	NO	
¿Bebe mucho líquido durante las comidas?		SÍ	NO
¿Son frecuentes los vómitos?	SÍ	NO	
¿Son frecuentes las diarreas?	SÍ	NO	

RESPIRACIÓN

Quando está en reposo tiene la boca abierta o cerrada:	Abierta	Cerrada	
¿Cuándo come cierra la boca para masticar los alimentos?	SÍ	NO	
¿Cuándo traga cierra la boca?	SÍ	NO	
¿Por la noche la respiración es sonora?	SÍ	NO	
¿Ronca?	SÍ	NO	¿Desde cuándo?
¿Al despertar por la mañana o después de una siesta manifiesta sequedad bucal?		SÍ	NO
¿Al despertar por la mañana o después de una siesta manifiesta tener sed?		SÍ	NO
¿ha notado si babea o moja la almohada?		SÍ	NO
¿Tiene o ha tenido problemas de adenoides, amígdalas o rinitis?		SÍ	NO
¿Ha sido intervenido quirúrgicamente de amígdalas o adenoides?		SÍ	NO
¿Cuándo?:	Evolución:		
¿Es alérgico/a?:	SÍ	NO	
¿Ha sufrido o sufre de otitis?	SÍ	NO	
¿Suele resfriarse a menudo?	SÍ	NO	¿Cuándo?
¿Sufre de asma o padece algún tipo de dificultad respiratoria?		SÍ	NO
Edad de aparición:	Tratamiento:		

HÁBITOS FUNCIONALES Y DISFUNCIONALES

¿Uso del chupete?	SÍ	NO	Periodo:	
Material y tipo de chupete:				
Caucho:	Silicona:	Anatómico:	Fisiológico:	Otro:
Métodos seguidos para eliminarlo:				
Reacción del niño.				
Chupeteo dedos:	Chupeteo de objetos:	Chupeteo almohada:	Uñas:	

¿Babea?	SÍ	NO	Hasta qué edad:
Motivo (erupción dientes, otros):			
¿Controla actualmente el babeo?	SÍ	NO	
Momento del día donde aparece:			
¿En qué contexto?			
Succión labial:	SÍ	NO	
Labio succionado:	SÍ	NO	
Forma de hacerlo:			Frecuencia:
Periodo:			momento del día en donde aparece:
Contexto en donde aparece:			
Succión digital:	SÍ	NO	
Dedos succionados:			Forma de hacerlo:
Frecuencia:			Periodo:
Momento del día donde aparece:			
Contexto en donde aparece:			
Succión de carrillos:	SÍ	NO	
Carrillos succionados:			Forma de hacerlo:
Frecuencia:			Periodo:
Momento del día donde aparece:			
Contexto en donde aparece:			
Succión Lingual:	SÍ	NO	
Forma de hacerlo:			
Frecuencia:			Periodo:
Momento del día donde aparece:			
Contexto en donde aparece:			
Succión de objetos:	SÍ	NO	
Indicar objeto y forma de hacerlo:			
Frecuencia:			Periodo:
Momento del día donde aparece:			
Contexto en donde aparece:			

¿Cuál?

¿Ha tenido algún problema en?

ORL:

AUDITIVO:

PEDIÁTRICO:

NEUROLÒGICO:

¿Cuál?