
BYU Clínica del Habla y el Lenguaje

Gracias por su interés en nuestra clínica y esperamos tener la oportunidad de ayudarlo a resolver las necesidades de comunicación de su hijo(a). Deseamos comunicarle que somos una clínica de enseñanza que requiere que nuestros clientes sean admitidos en base a las necesidades clínicas de nuestros estudiantes de posgrado. La siguiente información nos permitirá determinar si o cuándo su hijo(a) podrá recibir atención en nuestra clínica. Llenar este formulario es el primer paso del proceso de admisión. Recibirá una notificación acerca del estado de su solicitud de admisión y requisitos adicionales por correo electrónico.

Formulario de admisión para niños

Nombre del niño(a): _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Año escolar: _____ Género: _____

Recomendado(a) por: _____ Número telefónico: _____

El niño(a) tiene:

- Dificultad para ser entendido
- Dificultad para producir algunos sonidos del habla
- Dificultad para entender lo que se dice
- Dificultad para expresar deseos, necesidades, pensamientos y/o ideas
- Dificultad/preocupación académica
- Dificultad para hablar continua y fluidamente
- Dificultad/preocupación para escuchar
- Dificultad para alimentarse y/o pasar la comida
- Dificultad con el comportamiento y/o autocontrol en el hogar o la escuela
- Dificultad con la atención, memoria, organización, completar tareas y/o planificación
- Dificultad para interactuar socialmente con otros
- Necesidad de usar la tecnología o un AAC (dispositivo de comunicación aumentativa y alternativa) para comunicarse

Proporcione una descripción detallada de sus preocupaciones: _____

¿Cuándo se convirtió en un problema? _____

Describa las complicaciones durante el embarazo/nacimiento (si las hubieron): _____

Describa los retrasos en el desarrollo o complicaciones (tales como retraso para caminar o hablar): _____

¿Ha tenido su hijo(a) cualquiera de lo siguiente?:

- | | | | |
|--|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Encefalitis | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de audición | <input type="checkbox"/> Gripe/Resfríos | <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Neumonía |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | | | |

Describa otras complicaciones o preocupaciones médicas, si las hubiera: _____

Enumere las medicinas que está tomando actualmente: _____

¿Ha sido evaluada la audición de su hijo(a)? No Sí Resultados, incluida la fecha de la evaluación: _____

¿Ha recibido su hijo(a) todas sus vacunas? No Sí

Describa los tratamientos del habla y el lenguaje anteriores e incluya el lugar, fechas y duración: _____

Adjunte copias de los resultados de pruebas, informes, 504 actual, IFSP (Plan de servicios de familia individual), IEP (Plan educacional individualizado), resultados de pruebas, resúmenes de alta y otros documentos relacionados Ninguno

Información adicional que desea que sepamos acerca de su hijo(a): _____

Persona que llena el formulario: _____

Relación con el paciente: _____

Número telefónico preferido: _____

Método de contacto preferido: Mensaje de texto Llamada telefónica Correo electrónico

Dirección de correo electrónico (requerido): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Envíe este formulario completo a:

Brigham Young University
Speech and Language Clinic
At.: Sandy Alger
136 TLRB
Provo, UT 84602