

Formulario de ingreso del paciente – Necesidades especiales

Datos Demográficos del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Diagnóstico: _____

Padres/Tutor legal: _____ Teléfono #: _____

Comunicación

Mi hijo:

Habla en oraciones completas Habla en oraciones cortas Habla en oraciones de 1-2 palabras

No habla Usa un aparato para comunicarse: _____

Mi hijo se comunica mejor usando:

Lenguaje hablado Dibujos Palabras escritas

Comportamiento

Los intereses específicos de mi hijo u objetos favoritos incluyen:

1) _____

2) _____

3) _____

Las cosas que a mi hijo no le gusta o cosas que le molestan incluyen:

1) _____

2) _____

3) _____

Sugerencias para mi hijo

Uso de lenguaje simple y directo Permitir tiempo para procesar preguntas o instrucciones

Dar 2-3 opciones al ofrecer cosas/ actividades Dar '2 minutos' de aviso antes de cambios/transiciones

Mantener las luces tenues Mantener el ruido a niveles bajos

Modelar los procedimientos necesarios Crear un horario visual de los procedimientos necesarios

Crear un horario escrito de los procedimientos necesarios Enfuerzo positivo al final de la vista

Otro: _____ Otro: _____