

# 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: \_\_\_\_\_