



THE  
**LISTENING PROGRAM®**

**HISTORIA CLÍNICA - ADULTOS**

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

Forma llenada por \_\_\_\_\_

Nombre	_____	Fecha de Nacimiento	_____
Dirección	_____	Tel. Casa	_____
Ciudad	_____	Tel. Oficina	_____
Estado	_____ C.P. _____	Fax	_____
País	_____	Email	_____
Ocupación	_____	Estado Civil	_____
Dirección para recibir correspondencia (si es diferente a la anterior) _____			

<b>Nombre de su pareja / o persona a su cargo</b>	_____	Fecha de nacimiento	_____
Dirección (si es diferente a la del usuario)	_____	Teléfono Casa (Si es diferente al del usuario)	_____
Ciudad	_____	Teléfono Of.	_____
Estado	_____ C.P. _____	Email	_____
País	_____		

<b>I. ¿Con quién vive?</b>			
<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>
_____	_____	_____	_____

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**2. ¿Cómo se enteró de TLP?**

- Grupo Profesional \_\_\_\_\_  Internet \_\_\_\_\_  
 Publicación \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_

**3. Desarrollo**

Peso al nacer \_\_\_\_ K. \_\_\_\_ grs. ¿Embarazo a término? \_\_\_\_, No, duración \_\_\_\_

¿Lengua materna? \_\_\_\_\_

¿Hubo complicaciones durante el embarazo? (problemas de salud de la madre, accidentes, stress, reposo, medicamentos, cualquier otra complicación)?  Si  No

Si, describa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Hubo complicaciones durante el parto? (sufrimiento fetal, posición anormal, cesárea, uso de forceps, cualquier otra complicación)?  Si  No

Si, describa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene información de alguno de los siguientes aspectos de su desarrollo temprano?

Alimentación	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Desarrollo del habla y del lenguaje	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Cólicos	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Motricidad	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Nivel de actividad durante sus primeros años	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Reacción a experiencias como el baño, cambio de pañal, posiciones, etc.	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Sueño	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se		

Si alguna fue marcada afirmativamente, describa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 4. Historia Médica

Médico Familiar \_\_\_\_\_ Teléfono of. \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Describa su salud: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Estudios médicos, neurológicos, visuales, auditivos, terapéuticos, psicológicos, o educacionales:

<u>Fecha</u>	<u>Médico/Examinador</u>	<u>Diagnóstico</u>	<u>Recomendaciones</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Ha tenido algún traumatismo serio?  Si  No

Si, describa con fechas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna cirugía?  Si  No

Si, describa con fechas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Alguna vez ha tenido convulsiones?  Si  No

Fecha del más reciente ataque: \_\_\_\_\_

Frecuencia de los ataques \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_

Describe el tipo de ataques \_\_\_\_\_

Medicamento para los ataques que esta tomando actualmente: \_\_\_\_\_

Medicamentos anteriores: \_\_\_\_\_

Hay algún otro medicamento que tome actualmente?  Si  No

Si, ¿cuáles? \_\_\_\_\_

Hay algún problema medico que limite su actividad?  Si  No

Si, describa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene pérdida auditiva?  Si  No

Si, ¿Cuál oído ha sido afectado?  Derecho  Izquierdo  Ambos

Describe el grado de pérdida auditiva \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Le han realizado un timpanograma, audiograma, Potenciales Evocados, Emisiones Otoacústicas?  
 Si  No

Si, ¿Cuáles fueron los resultados?

\_\_\_\_\_

Ha participado en alguno de los siguientes programas, ¿Con qué resultado?.

- |                                    |                                    |  |
|------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="radio"/> AIT "Berard" | <input type="radio"/> Tomatis      | <input type="radio"/> DLS                      |
| <input type="radio"/> Samonas      | <input type="radio"/> Disc Ease    | <input type="radio"/> Fast Forward             |
| <input type="radio"/> Earobics     | <input type="radio"/> BrainBuilder | <input type="radio"/> Interactive<br>Metronome |

Resultados \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- |                                  |   |  |                                  |
|----------------------------------|---|--|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Miopía     | <input type="radio"/> Hipermetropía       | <input type="radio"/> Astigmatismo     | <input type="radio"/> Ambliopia  |
| <input type="radio"/> Estrabismo | <input type="radio"/> Problemas maculares | <input type="radio"/> Glaucoma         | <input type="radio"/> Cataratas  |
| <input type="radio"/> Nistagmus  | <input type="radio"/> Ceguera             | <input type="radio"/> Ceguera cortical | <input type="radio"/> Otro _____ |

¿Usa lentes convencionales o de contacto?  Si  No ¿Desde cuándo? \_\_\_\_\_

Si, ¿Cuál es la indicación? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha recibido terapia visual?  Si  No

Comentarios \_\_\_\_\_

¿Recibe actualmente atención de?:

- |                                   |   |  |
|-----------------------------------|---|--|
| <input type="radio"/> Neurólogo   | <input type="radio"/> Nutriólogo            | <input type="radio"/> Terapeuta Visual   |
| <input type="radio"/> Psiquiatra  | <input type="radio"/> Quiropráctico         | <input type="radio"/> Terapeuta de Artes |
| <input type="radio"/> Psicólogo   | <input type="radio"/> Orientador            | <input type="radio"/> Musico-Terapeuta   |
| <input type="radio"/> Ortopedista | <input type="radio"/> Terapeuta Ocupacional | <input type="radio"/> AIT, Tomatis, DLS  |
| <input type="radio"/> Cardiólogo  | <input type="radio"/> Terapeuta Físico      | <input type="radio"/> Consejero          |
| <input type="radio"/> Osteópata   | <input type="radio"/> Terapeuta de Lenguaje | <input type="radio"/> Otro _____         |

Medicina Alternativa       Terapeuta de Neuro-feedback

Si lo ve semanalmente, ¿cuántas sesiones por semana? \_\_\_\_\_

¿Algún otro problema de salud no mencionado anteriormente?  Si  No

Si, Describa \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 5. Historia Alimenticia

¿Qué tan seguido come lo siguiente? (marque uno para cada alimento)

	En exceso	Diariamente	Semanal	Raramente	Nunca
Vegetales					
Frutas					
Granos					
Productos lácteos					
Proteína					
Fibra					
Azucar					
Endulzantes Artificiales					
Colorantes Artificiales					
Harina Blanca					
Cafeína					

Describa, en detalle, su dieta actual:

---



---

Describa su apetito.

¿Deseo exagerado de algún alimento? o Si o No Si, ¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Come entre comidas? o Si o No Si, Describa \_\_\_\_\_

¿Come de más? o Si o No Si, ¿Con que frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Come poco? o Si o No Si, Describa \_\_\_\_\_

Liste cualquier suplemento alimenticio o vitaminas que toma regularmente:

---



---

## 6. Comportamiento

Nivel de energía	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Interacción con sus padres	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Atención	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Interacción con sus hermanos	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Distractibilidad	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Interacción con sus maestros	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Nivel de actividad	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Interacción con sus compañeros	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Ansiedad	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Contacto físico / Afecto	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Impulsividad	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Sensibilidad al sonido	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Auto estimulación	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Sensibilidad al tacto	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Rigidez	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Sensibilidad a los olores	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Carácter	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Fobias	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Sr chupa el dedo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Reacciones emocionales	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Amistades	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Tolerancia al dolor	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Madurez social	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Flexibilidad	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Perseverancia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Cooperación	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Tolerancia a la frustración	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Obediencia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se

Estados de ánimo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Organización	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Destructor	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Independencia	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Agresividad	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Mala memoria	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Comportamiento evasivo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Sentido de Derecho/Izquierdo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Seguir Instrucciones	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Sentido del espacio	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Se concentra al realizar una actividad	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Sentido del tiempo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Manejo adecuado de los cambios	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se		<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Manejo adecuado de las transiciones	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se		

Comentarios \_\_\_\_\_

¿Cómo describiría su comportamiento?

Fortalezas de su comportamiento \_\_\_\_\_

Debilidades de su comportamiento \_\_\_\_\_

¿Ha sido identificado específicamente algún trastorno emocional o del comportamiento?  Si  No

Si, Describa \_\_\_\_\_

¿Hay antecedentes en la familia de trastornos emocionales o del comportamiento?  Si  No

Si, Describa \_\_\_\_\_

### 7. Estado Físico/Motricidad (Marque las áreas de preocupación)

Tóno muscular flácido

Manera de caminar

Equilibrio

Tono muscular fuerte

Manera de correr

Motricidad gruesa



<input type="radio"/> Coordinación	<input type="radio"/> Movimiento atetoide	<input type="radio"/> Motricidad fina
<input type="radio"/> Habilidad para arrastrarse	<input type="radio"/> Atáxico	<input type="radio"/> Resistencia
<input type="radio"/> Manera de gatear	<input type="radio"/> Débil	

**8. Mano dominante**

Escribe	<input type="radio"/> Derecha <input type="radio"/> Ambas <input type="radio"/> Izquierda	Se lava los dientes	<input type="radio"/> Derecha <input type="radio"/> Ambas <input type="radio"/> Izquierda
Come	<input type="radio"/> Derecha <input type="radio"/> Ambas <input type="radio"/> Izquierda	Se peina	<input type="radio"/> Derecha <input type="radio"/> Ambas <input type="radio"/> Izquierda
Lanza	<input type="radio"/> Derecha <input type="radio"/> Ambas <input type="radio"/> Izquierda	Hace ademanes	<input type="radio"/> Derecha <input type="radio"/> Ambas <input type="radio"/> Izquierda
Corta con tijeras	<input type="radio"/> Derecha <input type="radio"/> Ambas <input type="radio"/> Izquierda		

**9. Habla, Lenguaje y Lectura** (marque las áreas de preocupación)

Articulación	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Conciencia Fonémica	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Fluidez	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Decodificación	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Encuentra las palabras adecuadas	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Lectura en voz alta	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Lenguaje expresivo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Se cansa cuando lee	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Lenguaje receptivo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Comprensión del lenguaje escrito	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Reconocimiento de las letras	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se		

Describa su voz (monótona, enrtecortada, no modulada, expresiva)?

\_\_\_\_\_

**I0. Escritura** (Marque las áreas de preocupación)

Manera de tomar el lápiz	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Confusión del sentido de la escritura (derecha /izquierda)	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Legibilidad	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Escribe en reversa	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Copiar de cerca	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Discrepancia entre el lenguaje escrito y el lenguaje hablado	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Copiar de lejos	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se		

**I1. Matemáticas** (Marque las áreas de preocupación)

Tablas de multiplicar	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Solución de problemas	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Conceptos	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Reconocimiento de números	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Cálculos	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Sabe Contar	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se

**I2. Cognición** (Marque las áreas de preocupación)

Memoria a corto plazo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Solución de Problemas	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Memoria a largo plazo	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Conceptualización	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Secuenciación	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Visualización	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se
Organización	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se	Razonamiento	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/> No se

**I3. Educación**

Lugar actual a donde asiste:

Días a la semana: \_\_\_\_\_

Escuela Privada                       Tradicional

Conductivista                       Pública

Horas que asiste \_\_\_\_\_

Educación Especial (*Qué tipo*)

Liste los colegios/programas a los que ha asistido, cuántos años y grados terminados:

---

---

Liste cualquier problema de educación. (*Pasada o actual*)

---

---

Liste cualquier etiqueta, clasificación o diagnóstico que ha recibido en la escuela: (*Pasada o actual*)

---

---

**I4. Estilo de vida actual**

Describa el nivel de actividad actual:

Inusualmente bajo     Normal     Inusualmente alto     Irregular

¿Participa en alguna actividad física?  Si  No

Tipos y duración de las actividades: \_\_\_\_\_

---

¿Toca algún instrumento? o Si o No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Toca ud. sólo o le gusta estar acompañado cuando toca?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuáles son las actividades que más disfruta?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo se ve televisión en casa?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Hay alguna actividad que se niegue a hacer?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuáles son las responsabilidades dentro de la casa?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **15. Planes y objetivos**

¿Cuáles son sus expectativas?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Quién implementará el programa?

\_\_\_\_\_

