



Riggs Pediatric Therapy

11133 Interstate 45 South
Suite 190 Conroe, Texas 77302
(P) 936-494-0570
(F) 936-494-0571

Información del paciente

Fecha de hoy : _____

Nombre del Niño/a _____

Fecha de nacimiento _____

Escuela _____

Grado _____ Edad _____

INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre de la madre _____

Dirección postal _____

Ocupación _____

Teléfono de trabajo _____

Teléfono del hogar _____

Teléfono celular _____

Correo electrónico _____

Nombre del padre _____

Dirección postal _____

Ocupación _____

Teléfono de trabajo _____

Teléfono del hogar _____

Teléfono celular _____

Correo electrónico _____

Pediatra _____

¿Podemos ponernos en contacto con usted por correo electrónico con respecto a los horarios de citas? Si No



Riggs Pediatric Therapy

11133 Interstate 45 South
Suite 190 Conroe, Texas 77302
(P) 936-494-0570
(F) 936-494-0571

SEGURO

Seguro _____
Número de identificación _____
Nombre del suscriptor _____
Seguridad social: _____
Número de grupo _____
Fecha de Nacimiento de suscriptor _____
Seguro secundario _____
Número de identificación _____

HISTORIA

¿El niño/a vive con padres biológicos / adoptivos? Si No
¿Ha habido cambios importantes en el hogar/vida del niño/a en el último año? Si No

En caso afirmativo,
describa: _____

¿Alguien más en la familia o familia extendida ha tenido preocupaciones del habla? Si
No

En caso afirmativo,
describa: _____

¿El niño/a tiene hermanos? Si No

En caso afirmativo, por favor enumere:

Nombre _____ Edad _____

Género _____

Nombre _____ Edad _____

Género _____

Nombre _____ Edad _____

Género _____



Riggs Pediatric Therapy

11133 Interstate 45 South
Suite 190 Conroe, Texas 77302
(P) 936-494-0570
(F) 936-494-0571

¿Cuál es la salud física general de su hijo/a en este momento?

¿Su hijo tiene alguna alergia conocida?

Describa cualquier complicación durante el embarazo y/o el nacimiento de su hijo/a.

Ninguno

Indicar todos los problemas de salud y la edad que se produjeron: Ninguno

¿Su hijo/a toma algún medicamento de forma regular (incluyendo de venta libre y prescrito) ?

Si No

En caso afirmativo, por favor enumere y explique el propósito:_____

¿Su hijo/a tiene una dieta especial? Si No

En caso afirmativo, por favor enumere y explique el propósito:_____



Riggs Pediatric Therapy

11133 Interstate 45 South
Suite 190 Conroe, Texas 77302
(P) 936-494-0570
(F) 936-494-0571

Describe cualquier preocupación alimenticia/sensorial:

Describe cualquier inquietud física:

Círcule de las siguientes habilidades de desarrollo que se consideraron retrasadas e indicar a qué edad se dominó la habilidad:

Ninguno (habilidades de desarrollo obtenidas a edades apropiadas)

| Habilidad de desarrollo | Edad dominada | Habilidad de desarrollo | Edad dominada |
|-------------------------|---------------|------------------------------------|---------------|
| Sentarse solo/a | | Hablar | |
| Arrastrarse | | Control de intestino/ vejiga | |
| Caminar | | Alimentarse/vestirse a sí mismo | |
| Otro: | | Otro: | |

*Si se comprueba alguno, ¿cuál fue el motivo identificado del retraso?

¿Cuál es el idioma principal que se habla en el hogar?



Riggs Pediatric Therapy

11133 Interstate 45 South
Suite 190 Conroe, Texas 77302
(P) 936-494-0570
(F) 936-494-0571

Por favor explique cualquier problema de habla o lenguaje.

¿Su hijo tiene algún problema para llevarse bien con otras personas (hermanos, amigos, compañeros, adultos) Si No

En caso afirmativo, por favor explique:

¿Qué hace su hijo/a en su tiempo libre cuando no está en la escuela? _____

Compruebe cualquiera de las siguientes palabras que se pueden utilizar para describir a su hijo/a:

| | | | | |
|----------|-------------|----------|-------------|---------------|
| feliz | infeliz | moody | cooperativa | |
| retirado | otro: _____ | | | |
| amable | tranquilo | terco | timido | destrutivo |
| agresivo | hiperactiva | confiado | dependiente | independiente |

¿Su hijo/a ha sido retenido alguna vez un grado? Si No

En caso afirmativo, ¿enumere qué grado y el motivo?

Describa las fortalezas de su hijo/a.



Riggs Pediatric Therapy

11133 Interstate 45 South
Suite 190 Conroe, Texas 77302
(P) 936-494-0570
(F) 936-494-0571

Describe las áreas de preocupación de su hijo/a.

¿Su hijo ha recibido previamente servicios de un patólogo del lenguaje o terapeuta ocupacional? Si No

En caso afirmativo, ¿cuáles eran los objetivos del plan de terapia?

Por favor explique cualquier otra información que considere importante:_____

¿Cómo se enteró de la Terapia Pediátrica Riggs?

Consentimiento para las decisiones médicas

Yo, _____, hacer juramento y decir que soy el /Guardián legal de,

_____, y no hay órdenes judiciales ahora en vigor que

prohúmenme tomar decisiones médicas para el niño mencionado anteriormente.

Firma del padre

Fecha



Riggs Pediatric Therapy

11133 Interstate 45 South
Suite 190 Conroe, Texas 77302
(P) 936-494-0570
(F) 936-494-0571

Autorización de pago con tarjeta de crédito

Entiendo que Riggs Pediatric Therapy requiere que se mantenga una tarjeta en el archivo si los servicios de terapia requieren el pago del paciente. _____ Inicial

Yo _____ Autorizo a Riggs Pediatric Therapy a mantener y cargar la(s) tarjeta(s) de crédito en el archivo electrónico por cualquier copago, cargo por no presentarse o saldos que mi seguro considere mi responsabilidad. En el caso de que se rechace la forma de pago principal, proveeré una forma de pago alternativa. Si no lo hago, puede resultar en la cancelación de las próximas visitas debido a la falta de pago.

Información de la tarjeta de crédito:

Nombre del titular de la tarjeta: _____

Número de tarjeta de crédito: _____

Fecha de caducidad: _____ Código de seguridad _____

Código postal de facturación _____

Certifico que soy un usuario autorizado de la(s) tarjeta(s) de crédito registrada(s) y no disputaré los pagos con la(s) compañía(s) de la(s) tarjeta(s) de crédito, siempre que las transacciones correspondan a los términos indicados en este formulario de autorización.

Firma de Padre/Guardián Fecha

Autorizo a Riggs Pediatric Therapy a usar mi tarjeta de crédito registrada de la manera que se indica a continuación:

- Entiendo que si no llamo para cancelar mi evaluación con 24 horas de anticipación, se cargará a mi tarjeta de crédito la tarifa por no presentarse de 50.00. _____ Inicial
- Entiendo que los copagos, deducibles o coaseguros se cobrarán en el momento del check-in. _____ Inicial

**** Tenga en cuenta que todas las facturas enviadas por correo electrónico provendrán de "Correo electrónico automatizado de Fusión".**

Al firmar esta autorización, reconozco que he leído y estoy de acuerdo con toda la información anterior y garantizo que la información anterior es verdadera y correcta.

Firma de Padre/ Guardián Fecha



Riggs Pediatric Therapy

11133 Interstate 45 South
Suite 190 Conroe, Texas 77302
(P) 936-494-0570
(F) 936-494-0571

Póliza de Asistencia

Nos encanta pasar tiempo con nuestras familias y ver florecer a nuestros pacientes. Para que nuestros pacientes logren el máximo beneficio de nuestros servicios, es importante tener una asistencia constante. Nuestra póliza de asistencia es la siguiente:

Requerimos que las citas canceladas y las que no se presentan se reprogramen para mantener una tasa de asistencia mensual del 80% en nuestra clínica. Al cancelar una cita, se debe hacer una llamada a Riggs Pediatric Therapy 24 horas antes de la cita para notificarnos que el paciente no estará presente. (Por favor, no envíe correos electrónicos).

En el caso de que una cita se cancele en menos de 24 horas, el paciente deberá reprogramar una sesión de recuperación en el momento de la cancelación. La sesión debe recuperarse dentro de los próximos cuatro días hábiles, o se cobrará una tarifa de \$ 50.00 a la tarjeta registrada. Inicial

Cuando el paciente no se presenta a una cita programada, se requiere que el paciente se comunique con la oficina el mismo día que el que no se presenta para programar una cita de recuperación dentro de los cuatro días hábiles. Si no se contacta a la oficina el día de la cita perdida, o si la cita no se reprograma dentro de los cuatro días hábiles, se cobrará una tarifa de \$50. Inicial

Los pacientes deben mantener una tasa de asistencia mensual de 80% para conservar su cita programada regularmente. Dos meses consecutivos por debajo del 80% de asistencia resultarán en la pérdida del tiempo de la cita permanente del paciente y el paciente será trasladado a Servicios sin cita previa. La política anterior también se aplica a los pacientes sin cita previa. Una vez que el paciente ha mantenido 3 meses consecutivos de asistencia constante (80%), puede volver a colocarse en el horario en un lugar permanente. Inicial

Llegada tarde

Entendemos que los retrasos ocurren, sin embargo, debemos tratar de mantener a otros pacientes y a nuestros terapeutas a tiempo. Los pacientes de terapia ocupacional y del habla deben ser atendidos a más tardar 10 minutos después de la hora de la cita y se les cobrará la tarifa estándar. En el caso de que un paciente de terapia ocupacional o del habla llegue más allá de esta marca de diez minutos, el paciente debe reprogramar dentro de los cuatro días hábiles o incurrir la tarifa anterior de \$ 50.00. Los pacientes de lectura/dislexia pueden ser atendidos en cualquier momento durante el tiempo de la cita y se les cobrará el monto total independientemente de la hora de inicio de la sesión. Inicial

Teleterapia

Todas las pólizas anteriores se aplican a los pacientes que utilizan los servicios de teleterapia. Inicial

Terapia en la escuela

Las pólizas anteriores también aplican a las sesiones de terapia en la escuela en el campus. Además, se debe notificar a la oficina de Riggs, no al terapeuta del paciente, sobre la ausencia de un niño, excursiones, eventos especiales o cualquier actividad escolar que interfiera con la sesión de terapia del paciente. Inicial

Firma de Padre/ Guardián

Fecha



Riggs Pediatric Therapy

11133 Interstate 45 South
Suite 190 Conroe, Texas 77302
(P) 936-494-0570
(F) 936-494-0571

Pólizas de Práctica

Asignación de Beneficios de Seguro: En última instancia, usted es responsable de todas las obligaciones de pago que surjan de su tratamiento o atención y garantiza el pago de estos servicios. Usted es responsable de los deducibles, copagos, montos de coseguro o cualquier otra responsabilidad del paciente indicada por su compañía de seguros. Inicial

Usted es responsable de conocer su póliza de seguro. Por ejemplo, usted será responsable de cualquier cargo si se aplica alguno de los siguientes: (i) su plan de salud requiere autorización previa o recomendación por parte de un médico de atención primaria (PCP) antes de recibir servicios en Riggs Pediatric Therapy, y usted no ha obtenido dicha autorización o recomendación; (ii) recibe servicios que exceden dicha autorización o recomendación ; (iii) su plan de salud determina que los servicios que recibió en Riggs Pediatric Therapy no son médicamente necesarios y/o no están cubiertos por su plan de seguro; iv) la cobertura de su plan de salud ha caducado o expirado en el momento en que recibe los servicios en Riggs Pediatric Therapy; o (v) ha optado por no usar la cobertura de su plan de salud. Si no está familiarizado con la cobertura de su plan, le recomendamos que se comunique directamente con su proveedor del plan. Inicial

Obligación del saldo de la cuenta: Hacemos todo lo posible para obtener la información correcta con respecto a su obligación con respecto al pago de evaluaciones y terapia, sin embargo, usted, como padre o Guardián , es responsable en última instancia de cualquier saldo en la cuenta del paciente. Usted es responsable de pagar su copago en el momento del servicio o antes. Inicial

Póliza de cheques de devolución: Nuestro cargo por cheque de devolución es de \$50.00. Esto debe pagarse antes de la próxima sesión de terapia de su hijo. Inicial

Divulgación de información: El paciente, padre o Guardián autoriza a Riggs Speech Therapy Services, LLC a divulgar la información de salud de su hijo a proveedores de atención médica, aseguradoras o cualquier otro profesional que pueda ser responsable de los cargos de la terapia. Inicial



Riggs Pediatric Therapy

11133 Interstate 45 South
Suite 190 Conroe, Texas 77302
(P) 936-494-0570
(F) 936-494-0571

Póliza de Supervisión de Niños: Tenga en cuenta que para garantizar la seguridad de su hijo, el padre/ Guardián legal no puede salir de la oficina de Terapia Pediátrica de Riggs mientras el niño está en tratamiento. Los padres también deben estar presentes y disponibles para acompañar a su hijo a la parte trasera de la clínica para obtener agua o usar el baño.

_____ Inicial

Ausencia de terapeuta: Si su terapeuta está ausente; su hijo será atendido en su hora regular de cita con otro terapeuta o notificado y reprogramado. _____ Inicial

*Si no tiene seguro, puede trabajar con el departamento de facturación para programar un acuerdo de pago.

Firma del Padre

Fecha



Riggs Pediatric Therapy

11133 Interstate 45 South
Suite 190 Conroe, Texas 77302
(P) 936-494-0570
(F) 936-494-0571

Aviso de prácticas de privacidad

Fecha de entrada en vigor: 1 de marzo de 2014

La privacidad de toda la información de salud del paciente de Riggs Servicios de Terapia del Habla es importante para nosotros. Este aviso describe cómo la información de salud sobre usted, o su familia puede ser utilizada y divulgada y cómo puede obtener acceso a esta información de salud. Revise este aviso detenidamente, firme y devuelva el acuse de recibo.

Riggs Servicios de Terapia del Habla, LLC está legalmente obligada a mantener la privacidad de nuestros pacientes y la información de salud de su familia. También estamos obligados a proporcionarle esta información con respecto a nuestras prácticas de privacidad como se describe a continuación. Nos reservamos el derecho de cambiar estas prácticas de privacidad en cualquier momento según lo permita la ley federal y estatal. Este aviso está disponible bajo petición.

Usos y Divulgaciones de Información de Salud

Podemos usar y divulgar información médica en relación con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica

Tratamiento: Con su permiso, podemos usar o divulgar la información de salud de su hijo a un médico u otro proveedor de atención médica involucrado en el cuidado de su hijo. También podemos discutir aspectos de los programas de terapia dentro de nuestro personal para coordinar la terapia entre los miembros del personal o para discutir métodos para maximizar el progreso.

Pago: Podemos usar y divulgar la información médica de su hijo para obtener el pago por los servicios que proporcionamos a su hijo. Esto puede incluir, entre otros: informes de evaluación, notas de tratamiento, informes de progreso u otra documentación requerida por su compañía de seguro médico o cuenta de gastos médicos flexible.

Su Autorización: La información sobre usted y la salud de su familia no se utilizará para investigación, educación profesional o marketing sin autorización explícita por escrito. Si nos da autorización, puede revocar por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará a ningún uso de divulgaciones permitidas por su autorización mientras estaba en vigor. A menos que nos dé una autorización por escrito, no podemos usar ni divulgar la información médica de su familia por ningún motivo, excepto los descritos en este Aviso.

Personal de la oficina: Nuestro personal de oficina (por ejemplo, coordinador de oficina, contable) se encarga de la información de clientes y facturación. Todos los miembros del personal de la oficina están obligados a mantener cualquier información sobre nuestros clientes confidencial.

DERECHOS DEL PACIENTE



Riggs Pediatric Therapy

11133 Interstate 45 South
Suite 190 Conroe, Texas 77302
(P) 936-494-0570
(F) 936-494-0571

Acceso: Usted tiene derecho a acceder a su propia información de salud o a la de su hijo. Puede verlo en el sitio o hacer que hagamos fotocopias. Todas las solicitudes de acceso deben ser por escrito y se establecerá una hora de cita. En determinadas circunstancias, podemos denegar su solicitud, pero le informaremos por escrito de nuestra decisión y cualquier razón(s) para una denegación.

Restricción: Usted tiene el derecho de solicitar restricciones adicionales con respecto a nuestro uso o divulgación de su propia información médica o de su hijo. Todas las solicitudes de restricciones adicionales a la información deben ser por escrito. Podemos denegar su solicitud bajo ciertas circunstancias. La ley permite la divulgación de información sin su autorización en respuesta a:

orden judicial, citación, orden judicial o proceso similar,
organismos de supervisión de la salud,
denunciar sobre víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica, o
actividades de salud pública. **Inicial**

Comunicación alternativa: Usted tiene derecho a solicitar que le comuniquemos o le enviemos información a una dirección alternativa o por medios alternativos (por ejemplo, solo por teléfono o solo en persona). Las solicitudes de comunicación alternativa deben ser por escrito y especificar qué ubicación o método prefiere.

Divulgación: Usted tiene derecho a una contabilidad por escrito de los casos en que Riggs Servicios de Terapia del Habla divulgue la información de salud de su hijo para fines distintos del tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. La lista no incluirá divulgaciones hechas con fines de seguridad nacional o para el personal encargado de hacer cumplir la ley.

Operaciones de atención médica: Podemos usar o divulgar la información médica de su hijo en relación con nuestras operaciones de atención médica. Esto puede incluir operaciones tales como revisiones de desempeño, programas de capacitación de personal y estudiantes, y aseguramiento y mejora de la calidad.

Requerido por la ley: Podemos usar o divulgar información médica cuando la ley nos lo exija.

Abuso o negligencia: Podemos usar o divulgar información médica a las autoridades apropiadas si tenemos razones para creer que el cliente es una posible víctima de abuso, negligencia, violencia doméstica u otros delitos. Podemos usar o divulgar información de salud en la medida necesaria para prevenir una amenaza grave a la seguridad o salud del cliente, o a la seguridad y salud de los demás.

Recordatorios de citas: Podemos usar o divulgar información médica para proporcionar un recordatorio de cita por correo de voz, correo electrónico o carta. Si no desea que dejemos mensajes en su trabajo por correo electrónico, o por cualquier otro medio, notifíquenos por escrito.

Autorización: Además de nuestro uso y divulgación de información médica sobre su hijo para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, podemos usar su información para otros fines con su autorización por escrito, por ejemplo, videograbación para la capacitación de patólogos del habla y el lenguaje. No utilizamos la información médica de un



Riggs Pediatric Therapy

11133 Interstate 45 South
Suite 190 Conroe, Texas 77302
(P) 936-494-0570
(F) 936-494-0571

cliente con fines de marketing o comunicaciones sin autorización por escrito. Puede revocar las autorizaciones en cualquier momento. Riggs Servicios de Terapia del Habla no puede usar ni divulgar información de salud por ninguna razón excepto las descritas en esta notificación sin su autorización por escrito.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN O PARA INFORMAR DE UN PROBLEMA: Si desea obtener más información o tiene preguntas sobre nuestras políticas y prácticas de privacidad, póngase en contacto con Lauren Riggs. Si le preocupa que sus derechos de privacidad puedan haber sido violados o si no está de acuerdo con una decisión que hemos tomado con respecto al acceso a la información o en respuesta a una solicitud escrita que ha hecho, comuníquese con Lauren Riggs al 936-494-0570. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos al 832-973-0022. Nuestra oficina le proporcionará la dirección a petición. Riggs Servicios de Terapia del Habla apoya su derecho a la privacidad de la información de salud de su hijo y no tomará represalias de ninguna manera si decide presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

He leído, entiendo y recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma

Fecha



Riggs Pediatric Therapy

11133 Interstate 45 South
Suite 190 Conroe, Texas 77302
(P) 936-494-0570
(F) 936-494-0571

Autorización de los padres para discutir el formulario de tratamiento

Nota: Cualquier persona desconocida para el personal de recepción deberá mostrar una prueba de identificación. Bajo NINGUNA circunstancia el niño será liberado a cualquier persona que no sea la que se enumeran a continuación sin el permiso ESCRITO del padre.

Las siguientes personas tienen permiso para discutir y/o recibir información de Riggs Terapia Pediátrica sobre mi hijo cuando los tutores legales pueden no estar presentes.

| Nombre del niño | Fecha de Nacimiento | Edad |
|-----------------|---------------------|------|
| | | |

1. Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

2. Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Este formulario es legalmente vinculante, por lo que al firmarlo, usted acepta que toda la información proporcionada aquí es correcta. La información falsa dará lugar a la rescisión del contrato, y usted perderá su retenedor de cuidado infantil.

Firma

Fecha



Riggs Pediatric Therapy

11133 Interstate 45 South
Suite 190 Conroe, Texas 77302
(P) 936-494-0570
(F) 936-494-0571

Autorización de los padres para tomar decisiones médicas

Yo, _____, hacer juramento y decir que soy el tutor legal de, _____, y no hay órdenes judiciales ahora en vigor que me prohíban de tomar decisiones médicas para el niño mencionado anteriormente.

Firma del Padre _____

Fecha _____

Formulario de Permiso de Correo Electrónico y Mensajería de Texto del Paciente

La Terapia Pediátrica Riggs ahora tiene la capacidad de proporcionar a nuestros pacientes recordatorios de citas a través de correo electrónico y mensajes de texto. Si desea que la cita de su hijo sea confirmada por correo electrónico o texto, complete la siguiente información. Si no desea recibir un recordatorio por correo electrónico o mensaje de texto, continuaremos confirmando su cita a través de una llamada telefónica.

Terapia Pediátrica Riggs cree firmemente en la protección de la privacidad de nuestros pacientes. Cuando nos proporciona esta información, solo la utilizamos para comunicarnos con usted. No compartimos ninguna información del paciente con terceros.

Por favor, imprima toda la información claramente.

Nombre _____ Fecha _____

Correo Electrónico _____

Teléfono Celular _____

- Por favor, regístrese para recibir confirmaciones de correo electrónico y mensajes de texto
- Deseo ser contactado por correo electrónico solamente
- Deseo ser contactado sólo a través de mensajes de texto
- No deseo ser contactado ni por mensajes de texto o correo electrónico

Doy permiso a Riggs Pediatric Therapy para enviarme mensajes por correo electrónico y/o mensajes de texto como medio de comunicación como lo indica mi selección anterior.

Firma _____



Riggs Pediatric Therapy

11133 Interstate 45 South
Suite 190 Conroe, Texas 77302
(P) 936-494-0570
(F) 936-494-0571

Por favor llene lo siguiente sobre el comportamiento habitual de su hijo y trate de responder a cada pregunta. Si el comportamiento es raro (solo lo ha visto una o dos veces), por favor responda como si su hijo NO lo hiciera.

| | | |
|--|----|----|
| ¿Le gusta a su hijo que lo golpee, rebote en su rodilla, etc.? | Si | No |
| Su hijo se interesa por otros niños? | Si | No |
| A su hijo le gusta subir cosas, como subir escaleras | Si | No |
| Le gusta jugar al peek-a-boo/hide-and-seek? | Si | No |
| Su hijo alguna vez usa su dedo índice para señalar, para pedir algo? | Si | No |
| Su hijo alguna vez usa su dedo índice para señalar, para indicar interés en algo? | Si | No |
| Puede su hijo jugar correctamente con juguetes pequeños (por ejemplo, automoviles o bloques) sin simplemente hablar, jugarlos o dejarlos caer? | Si | No |
| Su hijo alguna vez le trae objetos a usted (padre) para mostrarle algo? | Si | No |
| Su hijo lo mira a los ojos por más de un segundo o dos? | Si | No |
| Su hijo parece alguna vez demasiado sensible al ruido? (por ejemplo, tapar los oídos) | Si | No |
| Su hijo sonrío en respuesta a su cara o a su sonrisa? | Si | No |
| Tu hijo te imita? (por ejemplo, usted hace una cara- su hijo lo imitara?) | | |
| Su hijo responde a su nombre cuando usted llama? | Si | No |
| Si usted senala un juguete al otro lado de la habitacion su hijo lo mira? | Si | No |
| Su hijo camina? | Si | No |
| Su hijo mira las cosas que usted esta mirando? | Si | No |
| Su hijo hace movimientos inusuales de los dedos cerca de sus cara? | Si | No |
| Su hijo trata de atraer su atencion sobre su propia actividad? | Si | No |
| Alguna vez se ha preguntado si su hijo es sordo? | Si | No |
| Entiende su hijo lo que dice la gente? | Si | No |
| Su hijo a veces no mira nada o vaga sin ningun proposito? | Si | No |
| Su hijo mira su cara para verificar su reaccion cuando se enfrenta a algo desconocido? | Si | No |



Riggs Pediatric Therapy

11133 Interstate 45 South
Suite 190 Conroe, Texas 77302
(P) 936-494-0570
(F) 936-494-0571

Formulario de respuesta DE PEDS

Nombre del niño: _____

Nombre del padre: _____

Cumpleaños del niño: _____

Edad del Niño: _____

Fecha de hoy: _____

Por favor, enumere cualquier preocupación sobre el aprendizaje, el desarrollo y el comportamiento de su hijo.

¿Le preocupa cómo su hijo habla y hace sonidos del habla?

Marque uno: NO Sí Un poco Comentarios:

¿Le preocupa cómo entiende su hijo lo que usted dice?

Marque uno: NO Sí Un poco Comentarios:

¿Le preocupa cómo su hijo usa sus manos y dedos para hacer las cosas?

Marque uno: NO Sí Un poco Comentarios:

¿Le preocupa cómo su hijo usa sus brazos y piernas?

Marque uno: NO Sí Un poco Comentarios:

¿Le preocupa cómo se comporta su hijo?

Marque uno: NO Sí Un poco Comentarios:

¿Le preocupa cómo se lleva su hijo con los demás?

Marque uno: NO Sí Un poco Comentarios:

¿Le preocupa cómo su hijo está aprendiendo a hacer las cosas por sí mismo?

Marque uno: NO Sí Un poco Comentarios:

¿Le preocupa cómo su hijo está aprendiendo habilidades preescolares o escolares?

Marque uno: NO Sí Un poco Comentarios:

Por favor, enumere cualquier otra inquietud.