

## HISTORIA DE CASO MOTOR ORAL

NOMBRE \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

PERSONA QUE COMPLETA EL FORMULARIO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

### HABLA, LENGUAJE Y COMUNICACIÓN

¿Dificultades actuales con el habla, el lenguaje y la comunicación?

¿Historia de la logopedia?

¿Historial de otras terapias/servicios?

Audiencia:

Frecuencia de otitis media:

Último examen de audición:

¿Modo de comunicación actual? (es decir, gestos, vocalizaciones, palabras, etc.)

¿Es el discurso del individuo inteligible para familiar, ¿persona? \_\_\_\_\_ una familia? \_\_\_\_\_

¿El individuo parece frustrado si no se le comprende? ¿Por favor describa?

### Alimentación

Describe el estado de alimentación actual \_\_\_\_\_

Quisquilloso con la comida (menos de 10 alimentos regularmente)

\_\_\_\_\_

¿Dificultades sensoriales? \_\_\_\_\_ ¿recibiendo ¿ANTIGUO TESTAMENTO? \_\_\_\_\_

### Dificultades oromotoras

¿Pueden mover la lengua hacia la izquierda o hacia la derecha sin usar la cabeza o la cara?

¿Tocarles las mejillas con la lengua?

¿Levantar la lengua hasta la nariz sin apoyo para los labios?

¿Sacar la lengua?

¿Cepillarse los dientes sin dificultad?

La comida comerá	A veces	Alimentos que no comerás
Desayuno:		
Aperitivos:		
Almuerzo:		
Cena:		

- ¿Tiene el individuo dificultades con: (describa)
- ¿Apertura o cierre voluntario de la boca? \_\_\_\_\_
  - ¿Succión? \_\_\_\_\_
  - ¿Morder el pezón, la taza o los utensilios? \_\_\_\_\_
- ¿Mantener la comida en la boca? \_\_\_\_\_
- ¿Masticación? \_\_\_\_\_
- ¿Temperaturas de los alimentos? \_\_\_\_\_
  - ¿Texturas de los alimentos? \_\_\_\_\_
  - ¿Sabores de comida? \_\_\_\_\_
- ¿Beber de una taza o botella? \_\_\_\_\_ ¿cuál? \_\_\_\_\_
- ¿Cuándo dejó de beber de botella? \_\_\_\_\_ ¿Qué beben de taza? \_\_\_\_\_
- botella: \_\_\_\_\_
- ¿Comer con cuchara? \_\_\_\_\_
  - ¿Tragar (por ejemplo, alimentos, líquidos, medicamentos, etc.)? \_\_\_\_\_
  - ¿Ahogo/náuseas? \_\_\_\_\_
  - ¿Reflujo? \_\_\_\_\_
  - ¿Rechinar los dientes? \_\_\_\_\_
  - ¿Pobre durmiente? \_\_\_\_\_
  - ¿Aún usas chupete? \_\_\_\_\_ cuando se detiene? \_\_\_\_\_
- ¿El individuo se alimenta a sí mismo o es alimentado por otra persona? \_\_\_\_\_
- Si es así, ¿quién alimenta al individuo? \_\_\_\_\_
- ¿Cuánto tiempo le toma al individuo completar una comida promedio? \_\_\_\_\_
- ¿Cuántas veces al día comiendo? \_\_\_\_\_
- ¿El individuo come suficiente comida y bebe suficiente líquido en un tiempo razonable?  
¿cantidad de tiempo? \_\_\_\_\_
- ¿Necesidad de suplementos nutricionales? \_\_\_\_\_ Sí No
- ¿Tiene el individuo problemas de las vías respiratorias superiores (p. ej., resfriados, alergias alimentarias o ambientales, asma, etc.)? \_\_\_\_\_
- ¿Hay antecedentes familiares de problemas de las vías respiratorias superiores?  
\_\_\_\_\_
- ¿Cuál es el peso y la altura del individuo? \_\_\_\_\_
- ¿El individuo ha ganado o perdido peso repentinamente? Explicar  
\_\_\_\_\_

¿Tiene el individuo algún otro problema de salud que afecte su forma de comer, beber o hablar? \_\_\_\_\_

### **ORAL MOTOR Y DENTAL**

¿Ha recibido el individuo tratamiento motor oral (p. ej., masajes bucales, cepillado bucal, ejercicios/actividades bucales, etc.)? Describir. \_\_\_\_\_

¿El individuo mastica:

juguetes? \_\_\_\_\_

pajitas? \_\_\_\_\_

bolígrafos/lápices? \_\_\_\_\_

uñas? \_\_\_\_\_

¿lengua? \_\_\_\_\_

¿otro? \_\_\_\_\_

¿El individuo chupa su:

¿pulgar? \_\_\_\_\_

¿dedos? \_\_\_\_\_

¿lengua? \_\_\_\_\_

¿chupete? \_\_\_\_\_

¿frazada? \_\_\_\_\_

¿otro? \_\_\_\_\_

¿El individuo:

¿babear? \_\_\_\_\_

controlar las secreciones? \_\_\_\_\_

¿ronquido? \_\_\_\_\_

comida clara? \_\_\_\_\_

## **PREGUNTAS Y OTRA INFORMACIÓN**

¿Otro problema médico (por ejemplo, problemas cardíacos, diabetes, etc.)?

¿Tiene alguna otra pregunta o hay alguna otra información sobre el individuo que tú sentir es importante describir aquí?

¿Desarrollo Social?

¿Exposición a compañeros de la misma edad?