



**Greenville Bilingual Therapy**  
 319 Garlington Rd. Suite B-5  
 Greenville, SC 29615  
 Tel: 864-417-8423

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la Persona que Completó este Formulario: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Favor llenar la siguiente información marcando la categoría que mejor representa su respuesta. Asegúrese de contestar cada pregunta. Esta información se mantendrá en completa confidencia. Contestando estas cinco preguntas nos ayudará servirle mejor.

<b>SU HIJO/A.....</b>	Siempre	La Mayor Parte del Tiempo	Frecuentemente	Rara Vez	Nunca
1. ¿Se frustra al hablar?					
2. ¿Parece estar atrasado en el desarrollo del habla y lenguaje comparado con otros niños?					
3. ¿Tiene dificultades para ser entendido por miembros de la familia?					
4. ¿Tiene dificultades para ser entendido por personas que no son de la familia?					
5. ¿Teme o evita nuevas situaciones de conversación?					

Otra información importante que puedan dar: