

Questionário aos pais para avaliações fonoaudiológicas

Parent Questionnaire for Speech-Language Evaluations (Portuguese)

Obrigado por dedicar seu tempo para preencher este formulário. Em média, o formulário leva 8 minutos para ser preenchido. (Thank you for taking the time to fill this out. On average this form takes 8 minutes to complete.)

Nome do aluno:

(Student Name)

Formulário preenchido por::

(Form Completed by)

Formulário de data preenchido:

(Date Form Completed)



Qual e o maior talento que voce ver em seu filho?

(What do you see as your child's gifts or greatest strengths?)

Quais atividades seu filho gosta de fazer?

(What activities does your child enjoy?)

Quais atividades sua família gosta de fazer juntos?

(What activities does your family like to do together?)

Com quem seu filho mora?

(Who does your child live with?)

Nome (Name)	Relação (Relation)	Idade (Age)

Seu filho passa uma quantidade significativa de tempo em uma segunda casa? (babá, avós)

(Does your child spend a significant amount of time in a second household? (babysitter, grandparents?))

Sim (YES) ____ Não (NO) ____

Se sim, onde seu filho passa esse tempo? (If YES, where does the child spend this time?)

Casa dos outros pais (Other parent's house)

Casa de avós (Grandparents house)

Casa da babá (Babysitter's house)

Outra casa:(Other) _____:

Questionário aos pais para avaliações fonoaudiológicas

Parent Questionnaire for Speech-Language Evaluations (Portuguese)

Quem mora lá? (Who lives there?)

Nome (Name)	Relação (Relation)

O seu filho fala alguma língua além do inglês?

(Does your child speak a language other than English?)

Sim (YES) ____ Não (NO) ____

Qual é a língua principal falada em casa?

(What is the primary language spoken in the home?)

Inglês (English) Espanhol (Spanish) mandarim (Mandarin) vietnamita (Vietnamese)

Outra língua (Other language): __

Falando: Em média, qual percentagem do tempo seu filho fala inglês?

(Speaking: What percentage of the time does the child **speak English**?)*

Depois da escola (After School)	0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Tarde/Noite (Evenings/Nights)	0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Finais de semana (Weekends)	0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Audição: Em média, qual percentagem do tempo seu filho ouve inglês?

(Listening: What percentage of the time does the child **hear English**?)*

Depois da escola (After School)	0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Tarde/Noite (Evenings/Nights)	0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Finais de semana (Weekends)	0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

*As percentagens de outros idiomas são baseadas em relatórios em inglês (70% em inglês = 30% em espanhol). (Other language percentages calculated based on English reported (e.g., 70% English = 30% Spanish))

Questionário aos pais para avaliações fonoaudiológicas

Parent Questionnaire for Speech-Language Evaluations (Portuguese)

Houve alguma mudança significativa na vida do seu filho nos últimos três anos? (por exemplo, morte na família, divórcio, novo irmão, mudanças)

(Have there been any significant changes in your child's life over the past three years?)

Sim (YES) ____ Não (NO) ____

Em caso afirmativo, por favor, explique mudanças significativas. (If yes, please explain):

Histórico médico (Medical History)

Houve alguma complicação durante a gravidez? (Were there any complications during pregnancy?)

Sim (YES) ____ Não (NO) ____

Em caso afirmativo, por favor explique. (If yes, please explain):

Seu filho teve alguma doença grave, acidente ou hospitalização (ou seja, febre alta, lesão na cabeça, cirurgia)? (Has your child had any serious illnesses, accidents, or hospitalizations?)

Sim (YES) ____ Não (NO) ____

Em caso afirmativo, por favor explique. (If yes, please explain)

Seu filho já recebeu terapia ou intervenção na primeira infância? (Has your child ever had therapy or early childhood intervention?)

Terapia de fala (Speech therapy)

Nenhum (None)

Terapia ocupacional (Occupational therapy)

Fisioterapia (Physical therapy)

Intervenção na Primeira Infância (Early Childhood Intervention)

Outro (Other): _____

Terapia de alimentação (Feeding Therapy)

Se receberam serviços, por favor, conte-nos mais. (If they received services, tell us more):

Seu filho tem algum diagnóstico médico? (Does your child have any medical diagnoses?) Sim (YES) ____ Não (NO) ____

Em caso afirmativo, por favor explique. (If yes, please explain.)

Seu filho teve infecções de ouvido? (Has your child had ear infections?) Sim (YES) ____ Não (NO) ____

Se sim, aproximadamente quantas infecções de ouvido? (If yes, approximately how many ear infections?) ____ E em que idade(s) eles tiveram infecções de ouvido? (and at what age(s)?) ____

Os tubos de equalização de pressão ('tubos PE') foram colocados nos ouvidos? (Were Pressure Equalization tubes ("PE tubes") placed in the ears?)

Sim (YES) ____ Não (NO) ____ Se sim, data dos Tubos PE: (If yes, date of PE tubes): _____

Seu filho está tomando algum medicamento atualmente? (Is your child currently taking any medications?)

Sim (YES) ____ Não (NO) ____ Em caso afirmativo, liste o nome e o motivo de cada medicamento. (If YES, list the name and reason for each medication):

Questionário aos pais para avaliações fonoaudiológicas

Parent Questionnaire for Speech-Language Evaluations (Portuguese)

Você tem alguma preocupação com as habilidades físicas de seu filho, como correr, andar, desenhar ou usar tesouras? (Do you have any concerns about your child's physical abilities, such as running, walking, drawing, or using scissors?)

Sim (YES) ____ Não (NO) ____

Em caso afirmativo, por favor explique. (If yes, please explain):

PREOCUPAÇÕES ACADÊMICAS (ACADEMIC CONCERNS)

Você tem alguma preocupação com o desempenho acadêmico de seu filho?

(Do you have any concerns about your child's academic performance?)

Sim (YES) ____ Não (NO) ____

Em caso afirmativo, por favor explique. (If yes, please explain):

INTELIGÊNCIA E COMPORTAMENTO ADAPTATIVO (AUTOCUIDADO)

(INTELLIGENCE AND ADAPTIVE BEHAVIOR (SELF-CARE))

Como você avaliaria seu filho nas seguintes áreas? Marque a coluna apropriada. (How would you rate your child in the following areas? Mark the appropriate column)

	Abaixo da idade de outra criança (Below other children the same age)	Semelhante à idade de outra criança (Similar to other children the same age)	N / D
Recordar las cosas que le piden que haga (Remembering things you ask them to do)			
Demonstrando organização na realização de tarefas (Exhibiting organization in accomplishing tasks)			
Foco durante as atividades (Focusing during activities)			
Vestir-se de forma independente (Getting dressed independently)			
Cuidar de itens pessoais (Taking care of personal items).			

Existe mais alguma coisa que você deseja adicionar? (Is there anything else you want to add?) Sim (YES) ____ Não (NO) ____

Se sim, explique (use frases completas). (If yes, please explain):

COMUNICACIÓN (COMMUNICATION)

Você se preocupa com a forma como seu filho se comunica? (Do you have concerns about the way your child communicates?)

Sim (YES) ____ Não (NO) ____

Se sim, selecione preocupações apropriadas. Meu filho: (If yes, select appropriate concerns. My child:)

- é difícil de entender ao falar (Is difficult to understand when he speaks)
- não junta as palavras apropriadamente como outras pessoas da mesma idade (Does not put words together appropriately like others the same age)
- tem dificuldade em entender os outros (Has difficulty understanding others)
- repete sons, palavras ou frases (gagueja) (Repeats sounds, words, or phrases (stutters))
- Outro: Por favor, explique quaisquer outras preocupações sobre como seu filho se comunica em casa. (Other: Please explain any other concerns about how your child communicates at home)

Questionário aos pais para avaliações fonoaudiológicas

Parent Questionnaire for Speech-Language Evaluations (Portuguese)

Seu filho entende o que as outras pessoas dizem na maior parte do tempo? (Does your child understand what other people say most of the time?)

Sim (YES) ____ Não (NO) ____

Quanto da fala de seu filho é compreendido pelos familiares? (How much of the child's speech is understood by **family members**?)

- 100% - Tudo (Everything)
- 75% - A maioria (Most)
- 50% - Alguns (Some)
- 25% - Muito pouco (Very Little)
- 0% - Nenhum (None)

Quanto da fala de seu filho é compreendido por estranhos ou desconhecidos? (How much of your child's speech is understood by **strangers or unfamiliar people**?)

- 100% - Tudo (Everything)
- 75% - A maioria (Most)
- 50% - Alguns (Some)
- 25% - Muito pouco (Very Little)
- 0% - Nenhum (None)

Seu filho gagueja, fica preso nas palavras, repete palavras ou recomeça as frases? (Does your child stutter, get stuck on words, repeat words, or restart sentences?)

Sim (YES) ____ Não (NO) ____ Com que frequência isso ocorre? (If yes, how often does this occur?)

Há alguém na sua família que teve dificuldade em se comunicar quando era jovem? (Did anyone in your family have difficulty communicating when they were young)

Sim (YES) ____ Não (NO) ____ Se sim, quem? (If yes, who?)

Descreva o comportamento de seu filho em casa: (marque todas as opções aplicáveis) (Describe your child's behavior at home):

- Maleável (Easy going)
- Ativo (Active)
- Bem comportado (Well Behaved)
- Facilmente chateado (Easily Upset)
- Por favor, explique outro comportamento em casa (Please explain other behaviors at home): _____

Como seu filho interage com outras crianças? (marque todos os que se aplicam) (How does your child interact with other children? Check all that apply.)

- Brinca junto com outras crianças (Plays together with other children)
- Assiste outras crianças brincarem (Watches other children play)
- Evita brincar com outras crianças (Avoids playing with other children)
- Lidera outras crianças na brincadeira (Leads other children in play)
- Outro (Other): _____

Você tem alguma outra preocupação ou alguma informação adicional que gostaria de compartilhar? Obrigado!

Do you have any other concerns or any additional information you would like to share? Thank you!

Enjoy these forms but we want to give you an update:

Our parent, teacher, and nurse forms have been digitized to be sent at the click of a button. And it gets better, the parent forms can be automatically translated into 16 languages.

Watch this 1 minute video.



www.evalubox.com/speech-referral-form/