

## Información de los Padres

### Información e Historia Medicinal y Desarrollo -CONFIDENCIAL-

### Datos del Estudiante

Apellido del estudiante: \_\_\_\_\_ Primer Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Información Familiar

Con quien vive el niño/a (Padres, padres adoptivos, etc.): \_\_\_\_\_

Guardián legal: \_\_\_\_\_

Padre Natural: \_\_\_\_\_

Ocupación del padre: \_\_\_\_\_

# Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Problemas de salud del padre: \_\_\_\_\_

Nivel de educación: (circule el nivel más alto que asistió) - grado 8./secundaria/algún colegio

Madre natural: \_\_\_\_\_

Ocupación de la madre: \_\_\_\_\_

# Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Problemas de salud de la madre: \_\_\_\_\_

Nivel de educación: (circule el nivel más alto que asistió) - grado 8./secundaria/algún colegio

¿Cuántos niños hay en casa? \_\_\_\_\_

Edades de los niños: \_\_\_\_\_

**Favor de marcar si alguno de los padres naturales del niño, o miembro de familia inmediata, tiene alguna situación que haya tenido que ver con las dificultades de escuela de su niño:**

- \_\_\_\_\_ Perdida de casa
- \_\_\_\_\_ Divorcio/separación de padres
- \_\_\_\_\_ Encarcelamiento de algún miembro de familia
- \_\_\_\_\_ Muerte de algún miembro de la familia
- \_\_\_\_\_ Perdida de trabajo del padre que gana más dinero
- \_\_\_\_\_ Enfermedad seria de algún miembro de la familia
- \_\_\_\_\_ Historia de problemas psiquiátricos o emocionales

Si su respuesta es sí, favor de explicar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



¿Algún defecto al nacer? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_

¿Hubo Ictericia? (piel amarillenta) Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Explique e indique el tratamiento recibido: \_\_\_\_\_

¿Cuándo salió la madre del hospital, también el niño/a salió con ella? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ Libras \_\_\_\_\_ oz.

¿Hubo dificultades durante la infancia? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_

¿Hubo episodios de desmayos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_

¿Hubo Anoxia (falta de oxígeno)? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_

¿Hubo uso del sistema de Apoyo para sobrevivir? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_

¿Subió de peso consistentemente durante el primer año de vida? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_

### Historia de Desarrollo

\_\_\_\_\_ **Padres reportan que hubo tiempo de desarrollo que fue de parámetros normales**

**O**

\_\_\_\_\_ **Padres indicaron que hubo áreas de desarrollo tardado**

**Cuando empezó su niño a hacer lo siguiente:**

Voltearse solo	antes de 2 meses	3-4 meses	después de 6 meses
Sentarse sin ayuda	antes de 5 meses	5-8 meses	después de 8 meses
Gatear con sus manos y rodillas	antes de 6 meses	6-9 meses	después de 9 meses
Andar independientemente	antes de 10 meses	10-18 meses	después de 18 meses
Hablar las primeras palabras	antes de 12 meses	12-18 meses	después de 18 meses
Hablar frases en 2-3 palabras	antes de 24 meses	24-36 meses	después de 36 meses
Ir al baño solo	antes de 24 meses	24-40 meses	después de 40 meses
Entrenamiento del baño completo	antes de 30 meses	30-42 meses	después de 42 meses

¿Empezó su niño hablar normalmente y después paro después de un tiempo? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si su respuesta fue Sí, favor de explicar: \_\_\_\_\_

### Historia de Medicamento

\_\_\_\_ Según la historia de salud, el estudiante no tuvo enfermedades o heridas serias.

**O**  
\_\_\_\_ Según la historia de salud, el estudiante ha experimentado las siguientes dificultades:

¿Enfermedades significantes? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_

¿Accidentes serios? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_

¿Cirugías/Hospitalización? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_

¿Desmayos? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_

¿Fiebres arriba de 103 grados? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_

¿Problemas con la vista? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ ¿Lentes o Contactos?  
Explique: \_\_\_\_\_

¿Problemas de audición? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Usa audífonos? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Infección de oídos repetibles/tubos? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_

Asma: Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Herida significativa en la cabeza, concusiones, pérdida de conciencia? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_

¿Dificultad comiendo o bebiendo? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_

¿Toma medicamento? (indiqué) \_\_\_\_\_

¿Problemas respiratorias? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_

¿Nunca le han diagnosticado a su hijo/a de TDA/Déficit de Atención e Hiperactividad? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
Explique: \_\_\_\_\_

¿Nunca ha sido su niño/a tratado/a por algún otro desorden medicinal o psiquiátrico? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

### Información Funcional

**Favor de marcar lo siguiente que más bien describa a su hijo/a:**

- |   |                                 |
|---|---------------------------------|
| ____ Súper activo                               | ____ Dificultad con otros niños |
| ____ Insocial                                   | ____ Pierde la atención         |
| ____ Se frustra fácilmente                      | ____ Agresivo                   |
| ____ A menudo descontento                       | ____ Problemas con la tarea     |
| ____ Empieza lumbres                            | ____ Impulsivo/a                |
| ____ Se mutila a si mismo (hacerse daño físico) | ____ Ausente                    |

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tímido                              | <input type="checkbox"/> Bajo de actividad    |
| <input type="checkbox"/> Cruel con los animales              | <input type="checkbox"/> Destructivo/a        |
| <input type="checkbox"/> Falta de control                    | <input type="checkbox"/> Sobre ansioso        |
| <input type="checkbox"/> No es motivado                      | <input type="checkbox"/> Tiene miedo excesivo |
| <input type="checkbox"/> Usa drogas/alcohol                  | <input type="checkbox"/> Desafiante           |
| <input type="checkbox"/> Sobre reacciona cuando es desafiado | <input type="checkbox"/> Desorganizado        |

¿Hay alguna otra información de su niño que usted quisiera compartir? (familia, finanzas, trabajo de padres, relaciones interfamiliar, contacto con otros miembros de la familia, cambios importantes entre la familia, entre relaciones de problemas corrientes, contacto con otras agencias, descripción de niño/a tocante el comportamiento incluyendo a modos de jugar, responsabilidades, personalidad, disciplina usada, relaciones con sus amigos, hermanos, padres)

**SI SU HIJO ESTA EN LA ESCUELA PRE-ESCOLAR, Favor de contestar las preguntas adicionales.**

Tiene su hijo/a problemas con lo siguiente (marque todo lo que apliqué):

Masticar  Tragar  Babear

Responde su hijo/a (marque todo lo que apliqué):

Tocar  Ruido  Voces  Hablar

¿De qué modo responde su hijo/a? (Marque todo lo que apliqué):

Mueve el cuerpo  Hace ruido  Hace gestos  Señas  Usa palabras

El lenguaje de su niño/a se describe mejor como lo siguiente (marque uno):

No habla

No se le entiende nada de lo que dice

Los miembros de la familia entienden lo que el niño/a dice, los extraños raramente le entienden

El lenguaje es normal para un niño/a de su edad

El número de palabras que usa su niño/a es:

Menos de 10  10-50  50-100  más de 100

Su niño/a dice:

Palabras individuales  2-3 palabras juntas  3-4 palabras juntas  habla en frases

¿Cuál es la cosa más independiente que puede hacer su hijo/a? \_\_\_\_\_

¿Necesita su niño/a algún equipo especial para ser lo más independiente posible? \_\_\_\_\_