

Historia social y de Desarrollo

Nombre Completo de Estudiante: _____

Ganó: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: _____

Asistir a la Escuela: _____

Grado: _____

Nombre de los Padre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: Casa: _____ Trabajo: _____ Cell: _____

Guardián Legal

01- Padres Biológicos

04- Padres Adoptivo

07- Servicios para Familia y Niño

02- Madre Biológica

05- Madre Adoptiva

08- Corte (especificar) _____

03- Padre Biológico

06- Padre Adoptivo

09- Otro (especificar) _____

Estado Civil de los Padres

Casados Soltero Casado, viviendo separado

Divorciado (estado de custodia)

Custodia compartida

Custodia exclusiva Madre Padre

Tiene el niño vistas con padres que no tienen la custodia? Sí No

Otros (explique): _____

Ocupación de los Padres/Tutores: _____

Listé los nombres y los edades de todas las personas que actualmente viven en al residencia de su hijo.

<u>Nombre</u>	<u>Relacion hacia el Niño</u>	<u>Edad y Nivel de Educación</u>	<u>Lenguaje Primario</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Cuál es el idioma principal de su hijo?

Hay otros idiomas hablados en el hogar? Si No

Si es así, ¿qué otros idiomas? _____

General

Cuáles son sus esperanzas y visión para su hijo/a? _____

Que preocupaciones tiene sobre o para su hijo/a? _____

En su opinión, ¿por qué se le remite a su hijo para que lo evalúe? _____

Describa brevemente las dificultades actuales de su hijo/a? _____

Que le gustaría aprender de la evaluación? _____

Historia Medica y de Desarrollo

Describe cualquier complicación, medicamento y otra preocupación que haya tenido durante el embarazo? (Pero ejemplo, diabetes, presión arterial, alta toxemia? _____

Su hijo/a está tomando los medicamento? Sí No Si, no explique: _____

En el momento del nacimiento:

Era el niño/a término completo Sí No Duración del embarazo: _____

Fue Cesárea Sí No Peso de nacimiento: _____

Describe cualquier complicación con el parto o después del parto: _____

Lista cualquier enfermedades grave, lesión hospitalización, cirugía o evento traumático
(Por ejemplo, diabetes, convulsiones, lesiones de la cabeza, asma, alergias etc.)

Edad el niño/a en el momento

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Diagnóstico Médico Actual (si existe)

Nombre del Medico

Fecha de Diagnóstico

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**** Por Favor incluir cualquier informe médico pertinente o declaración de diagnóstico****

Lista todos los medicamentos actualmente prescritos:

Medicamento

Dosificación

Medico que prescribe y fecha prescripción

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Problemas de la vista? Sí No
Lentes? Sí No Lentes de Contacto? Sí No

Fecha de la último examen de la vista: _____ Resultado:

Problema Auditivo? Si No Edad Detectada: _____

Tubos en la oreja? Si No Fecha: _____

Aparato del Oído? Sí No

Implantes cocleares? Si No Fecha: _____

Fecha del último examen de audiciencia: _____

Resultado: _____

El niño/a ha visto un consejero, terapeuta, psicólogo o psiquiatra? Si No
En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

Su hijo/a ha sido evaluado por alguien que no sea la escuela pública? Si No
Incluir un copia de informe de evaluación

Tiene antecedentes familiares (Padres Biológicos, Hermanos, Abuelos, Tíos, Tías) de alguno de los siguientes?

- Dificultades de aprendizaje (lectura, Ortografía, Matemáticas, Organización)
- Dificultades de hablar o del Lenguaje (articulación, tartamudeo, organizar / recordar palabras etc)
- Dificultades Emocionales (Depresión, Ansiedad, Cambios de humor, Psicosis)
- Dificultades cognitivas (se pueden llamar retraso mental o discapacidad mental)
- Condiciones médicas genéticas
- Abuso o violencia domestica
- Abuso de sustancias (Drogas Alcohol)

Si es así, por favor describa: _____

Información sobre el Desarrollo

Edad	Edad	Edad
Sentado Solo: _____	Hablo la Primera Palabra: _____	Entrenado para usar el Baño: _____
Arrastrarse: _____	Unir varias Palabras: _____	Se quedó seco por la noche: _____
Caminar solo: _____	Hablaba en oraciones completas: _____	

Describe el temperamento temprano del niño (por ejemplo, sensible, irritable, activo, pasivo, feliz, obstinado): _____

Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo o comportamiento de su hijo/a? Si No
En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

Hay condiciones en el hogar que pueden estar influyendo en el desarrollo y/o comportamiento de su hijo/a (Por ejemplo, familia, enfermedad, problemas matrimoniales) Si No
En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

Habilidades de Comunicación

Tiene su hijo alguna dificultad o demora en las siguientes áreas (marque todas las que apliquen)

Habilidades de Comunicación

- Hacer o producir sonidos de voz _____
- Comprensión de lenguaje _____
- Usar el lenguaje para comunicarse _____
- Entender las comunicaciones sociales _____
- Lectura / comprensión del lenguaje corporal y comunicación no verbal _____

Habilidades Orales

- Masticar alimentos solidos _____
- Beber de una taza _____
- Bebiendo a través de un popote _____
- Babeo excesivo _____
- Problemas de deglución _____
- Sensibilidad a diferentes texturas de alimentos/bebidas _____
- Sensibilidad a diferentes temperaturas de los alimentos/bebidas _____

Habilidades Motoras

- Para Caminar _____
- Corre _____
- Saltando _____
- Subiendo escaleras _____
- Caminar sobre superficies irregulares _____
- Equilibrar _____
- Manipulación de objetos pequeños con las manos _____
- Usando utensilios de plata o de escritura _____
- Atar zapatos, usar cierre, botones etc _____

Habilidades de Vida Independiente

- Alimentarse a si mismo _____
- Vestirse a si mismo _____
- Higiene Personal _____
- Ir al baño _____
- Bañarse solo _____
- Realización de tareas asignadas _____

Respuesta a Experiencias Sensoriales

Su hijo/a muestra algún comportamiento inusual o atípico respuestas o sensibilidades a alguna de las siguientes áreas?

- El Sabor _____
- Oler _____
- Movimiento _____
- Táctil/tacto/textura _____
- Visual _____
- Auditivo/Filtrado _____
- Nivel de actividad/debilidad _____
- Otro (por favor describa) _____

Patrones de ajuste Emocional

Considera alguno de los siguientes problemas para su hijo en este momentos? (marque todos los que apliquen)

- Agitación nerviosa, se distrae fácilmente, tiene dificultades para permanecer sentado, tiene dificultad para esperar su turno
- Habla en exceso, interrumpe a menudo, no escucha
- A veces deprimido/humor irritable
- Baja energía/cansado
- Tímido/Vergonzoso
- A veces pierde cosas, muy desorganizado en comparación con otros de su edad
- Pobre concentración
- Dificultad para iniciar la tarea
- Dificultad para seguir instrucciones
- Comporta un comportamiento impulsivo / actúa antes de pensar
- Inmaduro en comparación con su compañeros
- Participa en actividades físicamente peligrosas
- Muchas veces argumentativo con los adultos
- A veces desafiante activamente a los peticiones y reglas de los adultos
- Culpa a otros por su propios errores
- A veces enojado o resentido
- Quejas somáticas de no sentirse bien
- Excesivas dificultades de separación
- Fácilmente frustrado
- Robar
- Sentimiento de inutilidad o baja autoestima
- Hecha Mentiras
- Sentimiento de inutilidad o baja autoestima
- Demasiado Ansioso o temeroso
- Durmiendo muy poco/insomnia
- Durmiendo mucho
- Dificultad para tomar decisiones
- Lloro fácilmente
- Berrinche

- Cambios rapido del humor/cambios de humor
- Pensamientos suicidas
- Agresivo hacia otros: Compañeros Adultos
- Poco apetito
- Come excesivamente
- Temperamento explosivo con minima provocación
- Fascinaciones extrañas
- Preocupación poco realista sobre eventos futuras
- Necesidad excesiva de tranquilidad
- Abuso de Sustancias: Drogas Alcohol
- Otros

Explique por favor los elementos marcados:

Comportamientos Inusuales o Atípicos

Sus hijo/a muestra alguno de los siguientes comportamientos (marque todos los que corresponda)

- Preocupación con temas o objetos específicas que son atípicos en intensidad o enfoque.
- Formas excéntricas de comportamiento
- Falta de conciencia o sensibilidad a la necesidad o sentimientos de los demás
- Expresión facial o respuestas emocionales que no son apropiadas o consistentes con las circunstancias
- Una necesidad, o un deseo de hacer las cosas de una manera muy específica o un orden, o rituales que deben ser seguidas.
- Manierismos o modas extrañas de mover su cuerpo
- Danarse ó Agresión física hacia otros
- Dificultad para entender bromas o humor
- Dificultad para adaptarse a nuevos lugares
- Dificultad para adaptarse a los cambios en los planes o rutinas
- Otros

Explique los artículos marcados: _____

Información de Habilidad Social

Como se lleva su hijo/a con los adultos en casa? _____

Cómo se lleva su hijo/a con los hermanos o otros niños en la casa? _____

Como se lleve su hijo/a con sus compañeros? _____

Describa las amistades de su hijo/a: _____

Cuáles son los actividades favoritas de su hijo/a? _____

Cuáles son las fortalezas conductuales y sociales de su hijo? _____

Cuáles son las debilidades conductuales y sociales de su hijo? _____

Información de la Escuela

En orden de asistencia ponga las escuelas que ha esistido su hijo (para niños de 7 anos o menos, incluyen preescolar y asistencia a guarderías)

Escuela/Preescolar./Guardería

Fechas de asistencia

Hay repetido su hijo/a alguna vez un grado? Si No

Si es si, que grado repito? _____ En qué escuela? _____

Describe los fortalezas se su hijo/a en la escuela: _____

Cuales son los debilidades de su hijo/a en la escuela? _____

Ha habido cambios importantes en la actitude de su hijo/a hacia la escuela? Si No
Si si, por favor describa: _____

Ha participado su hijo en alguno de los siguientes cosas(marque todos los qu corresponden)

	Fecha:	Por Cuanto Tiempo
<input type="checkbox"/> Servicios educativas de entidades privados: (por ejemplo, tutor privado, Sylvan Learning)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Servicios de terapís de entidad privado (por ejemplo, terapia ocupacional/física , terapia de la vision ect)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Asesoramiento	_____	_____
<input type="checkbox"/> Departamento de servicios para niños	_____	_____
<input type="checkbox"/> Juzgado de menores o libertad condicional	_____	_____
<input type="checkbox"/> Hospitalización	_____	_____
<input type="checkbox"/> Jump Start (remediación ISTEP)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Escuela de Verano	_____	_____
<input type="checkbox"/> Evaluación de entidad privada (por ejemplo, psicológica, académica/educative, salud mental, conductual etc)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otro Programa de intervención temprana	_____	_____

Si otros por favor liste: _____

Por favor, explique los artículos elementos seleccionados: _____

**** Por favor, adjunte los informes pertinentes****

Otra información que usted cree que puede ser relevante en la evaluación de su hijo: _____

Nombre de la persona que completo este formulario: _____

Fecha: _____