

Student I.D. Number

### Historia del Desarrollo del Niño

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona completando la información: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Dirección del Hogar: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

El estudiante vive con (Marque todos los que aplican):  Madre  Padre  Madrastra  Padrastro  Padres sustitutos

Abuelos  otros (Especifique): \_\_\_\_\_

Número/a de teléfono(s) para contactarlos: Trabajo/Celular/otros: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Trabajo/Celular/otros: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Si el niño no vive con ambos padres, ¿Con qué frecuencia ve el niño/a al padre/madre con el cual no vive?

\_\_\_\_\_

Otras personas que viven en el hogar:

Nombre	Edad	Sexo	Relación con el estudiante
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

### Historia Escolar

Antes de comenzar el kindergarten, asistió su hijo(a) a:  programa preescolar  guardería de niños  Headstart/Jumpstart

Si su hijo ha asistido a alguna escuela pública del Condado de Jefferson, por favor, enumere las escuelas y fechas cuando asistió:

\_\_\_\_\_

¿Ha repetido su hijo/a algún grado?  Sí  No (indique grado) \_\_\_\_\_

Por favor describa como se sentía su hijo(a) en la escuela durante sus primeros grados:

le gustaba la escuela  estaba deseoso/ávido  estaba temeroso/ansioso  le disgustaba la escuela

Por favor describa como se sentía su hijo(a) durante los años de la escuela intermedia y secundaria (si aplica):

le gustaba la escuela  estaba motivado  estaba nervioso  disgustaba la escuela

¿Tiene alguna preocupación acerca del progreso de su hijo/a en la escuela? (ejemplo: problemas académicos, sociales, de conducta, etc.)

No  Sí (por favor describa) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Historia del Desarrollo del Niño

Página 2

### Desarrollo Temprano

¿Nació su niño(a) a término?  Sí  No ¿De cuántas semanas fue el embarazo? \_\_\_\_\_

¿Es el niño(a) adoptado?  Sí  No ¿Cuántos años tenía el niño(a) cuando fue adoptado?) \_\_\_\_\_

¿Experimentó la madre algo de lo siguiente durante el embarazo?:

Enfermedad grave o lesión \_\_\_\_\_  Alcohol u otro uso de drogas

Otro: \_\_\_\_\_

¿Experimentó el niño(a) alguna de las siguientes dificultades durante el parto?

Parto por cesárea de emergencia  Bajo peso al nacer  Nació con el cordón umbilical alrededor de cuello

Problemas cardiopulmonares  Cianosis (de color azul)  Necesitó oxígeno

Convulsiones  Defecto de nacimiento (Especifique): \_\_\_\_\_

Lesiones (especifique): \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_

¿Cómo era el temperamento de su niño(a) cuando bebé? (feliz, amoroso, exigente, cólico, etc.) \_\_\_\_\_

Haga un círculo indicando cuando su niño llegó a las siguientes etapas del desarrollo\*:

Se sentó: Temprano (3 - 6 meses) Promedio (7-12 meses) Tarde (más de 1 año.) No Sabe

Caminó: Temprano (7-12 meses) Promedio (12-18 meses) Tarde (más de 18 meses) No Sabe

Habló con oraciones de 2-3 palabras: Temprano (9-17 meses) Promedio (18-24 meses) Tarde (más de 2 años.) No Sabe

Aprendió a usar el Inodoro: Temprano (1-2 años). Promedio (2 - 3 años). Tarde (más de 3 años.) No Sabe

\* La información sobre los grupos de edad fue obtenida del Centro de Control y Prevención de Enfermedades [CDC]

¿Recibió su niño(a) servicios de ayuda temprana? (por ejemplo: Primeros Pasos)  Sí  No

¿Cuáles de los siguientes?  Terapia del lenguaje  Terapia ocupacional (OT)  Fisioterapia (PT)

Ayuda en el desarrollo  Otros \_\_\_\_\_

### Salud y Bienestar

¿Tiene la familia alguna historia como las siguientes?

Uso de Alcohol u otras drogas  Trastorno de ansiedad  Depresión  Desorden Bipolar

Autismo  Problemas de aprendizaje/lectura  Dificultades de conducta  Otro: \_\_\_\_\_

Desorden de Hiperactividad y Déficit de Atención/Desorden de Déficit de Atención (ADHD/ADD)

La salud general de su niño(a) es  Buena  Regular  Pobre

¿Cuántas horas duerme su niño(a) en la noche? \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño(a) actualmente algún problema para dormir?  Sí  No (especifique a continuación)

Dificultades para dormirse  Se despierta muy temprano  Pesadillas  Ronquidos fuertes

Se despierta durante la noche  Duerme inquieto  Apnea del sueño  Moja la cama

¿Tiene su niño(a) un pediatra o médico de familia?  Sí  No Nombre del doctor: \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su último chequeo médico? \_\_\_\_\_ ¿Algún diagnóstico?  Sí  No (por favor explique)

Medicamento

Dosis

Razón

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Historia del Desarrollo del Niño

Página 3

¿En algún momento, se ha diagnosticado su niño/a con algunas de las condiciones siguientes? (Marque "A" si es ahora o "P" si fue en el pasado)

\_\_\_\_\_ Asma \_\_\_\_\_ Alergias (Especifique): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Epilepsia o convulsiones \_\_\_\_\_ Convulsiones febriles (debido a la fiebre) \_\_\_\_\_ Fiebres altas (103 ° F o más)  
\_\_\_\_\_ Lesión cerebral con pérdida de conciencia \_\_\_\_\_ Intoxicación de plomo \_\_\_\_\_ Infecciones crónicas del oído /tubos en los oídos  
\_\_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_ Otros problemas de salud: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Problemas de la vista (por favor describa): \_\_\_\_\_

¿Tiene anteojos o lentes de contactos?  Sí  No ¿Los usa su niño/a? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Problemas de audición (por favor describa): \_\_\_\_\_

¿Usa su niño(a) audífonos?  Sí  No

¿Tiene su niño(a) algún otro diagnóstico médico? (físico o mental)  Sí  No (por favor explique.) \_\_\_\_\_

¿Ha sido hospitalizado su hijo(a) para un tratamiento médico?  Sí  No

¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Ha sido hospitalizado su hijo(a) para un tratamiento psiquiátrico?  Sí  No

¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_ Hospital: \_\_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_ Hospital: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo(a) una evaluación psicológica fuera de la escuela?  Sí  No

Fecha: \_\_\_\_\_ Agencia: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido su niño(a) terapia?  Sí  No

¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_ Agencia: \_\_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_ Agencia: \_\_\_\_\_

Los expedientes de su hijo(a) están protegidos. No nos comunicaremos con los hospitales o agencias a menos que usted haya firmado una autorización para compartir la información.

### Hogar y Comunidad

¿Cuál es el idioma principal de los padres? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es el idioma que usa más su niño(a)? \_\_\_\_\_

¿Qué hace su hijo(a) cuando no está en la escuela?

Por favor utilice las siguientes letras para indicar la frecuencia (**S** = casi siempre, **M** = A menudo, **V** = a veces, **N** = nunca)

Leyendo/mirando libros \_\_\_\_\_  Jugando afuera \_\_\_\_\_  Usando la computadora \_\_\_\_\_  Hablando por teléfono \_\_\_\_\_

Pasando el tiempo con la familia o los amigos \_\_\_\_\_  Trabajando \_\_\_\_\_  Haciendo tareas \_\_\_\_\_

Jugando con juguetes/juegos que no son electrónicos \_\_\_\_\_  Jugando juegos de vídeo \_\_\_\_\_  Viendo TV \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

¿Ha participado su niño(a) en alguno de los siguientes? (Por favor marque si es pertinente):

Visitas a la biblioteca  Visitas al zoológico o parques  Actividades o grupos de la Iglesia

Centros comunitarios  Campamentos  Visitas a los museos o actividades culturales

Actividades organizadas después de la escuela  Deportes

Comentarios \_\_\_\_\_

## Historia del Desarrollo del Niño

Página 4

¿Cómo es la relación de su niño(a) con las siguientes personas? (Por favor, especifique *buena/normal/mala*)

\_\_\_\_\_ Padres \_\_\_\_\_ Otros adultos \_\_\_\_\_ Hermanos \_\_\_\_\_ Otros niños (compañeros)

¿Cuáles son las responsabilidades/tareas de su niño(a) en el hogar? \_\_\_\_\_

¿Qué formas de disciplina y manejo de comportamiento utiliza usted con su niño(a)?

Por favor utilice los siguientes términos para indicar la frecuencia (a menudo/a veces/raramente).

\_\_\_\_\_ Penitencia (Time-Out) \_\_\_\_\_ Gráficos del comportamiento/sistema de recompensas

\_\_\_\_\_ Azotes/nalgadas (Pegarle) \_\_\_\_\_ Tareas domésticas extra

\_\_\_\_\_ Pérdida de privilegios \_\_\_\_\_ Castigo

Otros (Describa): \_\_\_\_\_

¿Cómo reacciona su niño(a) a la disciplina?  Cumple con ella  Se queja  No cumple con ella y se resiste

Le es indiferente/actitud pasiva  De otra manera: \_\_\_\_\_

¿Ha vivido su niño(a) alguno de los siguientes eventos estresantes durante los últimos 12 meses? (Por favor marque)

Divorcio o separación de los padres  Cambio de escuelas  Padre/Madre perdió su trabajo

Cambio de custodia  La familia se mudó  Problemas financieros en la familia

Accidente o enfermedad en la familia  Pérdida del hogar

Muerte en la familia \_\_\_\_\_

Miembros nuevos en la familia \_\_\_\_\_

Otros (describa) \_\_\_\_\_

¿Existe alguna historia o sospecha de maltrato físico?  Sí  No ¿Abuso sexual?  Sí  No

¿Abuso emocional?  Sí  No ¿Negligencia?  Sí  No

¿Tiene el estudiante alguna historia o sospecha de abuso de drogas/alcohol/ u otra sustancia?  Sí  No (Explique)

¿Ha hecho su niño(a) comentarios acerca de querer herirse a sí mismo o a otros?  Sí  No (Explique)

¿Ha tenido su niño(a) problemas con la policía o ha estado envuelto/a en el sistema judicial?  Sí  No (Explique)

Por favor especifique cual de las siguientes características describen a su niño(a):

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cuidadoso                               | <input type="checkbox"/> Imaginativo                           | <input type="checkbox"/> Confía en si mismo              | <input type="checkbox"/> Responsable                          |
| <input type="checkbox"/> Rudo/Irrespetuoso                       | <input type="checkbox"/> Creativo                              | <input type="checkbox"/> Energía excesiva                | <input type="checkbox"/> Atlético                             |
| <input type="checkbox"/> Temperamental                           | <input type="checkbox"/> No toma las cosas en serio (juguetón) | <input type="checkbox"/> Ensoñador                       | <input type="checkbox"/> Independiente                        |
| <input type="checkbox"/> Actúa inmaduro para su edad             | <input type="checkbox"/> Perezoso                              | <input type="checkbox"/> Lloro con frecuencia            | <input type="checkbox"/> Amigable/simpático                   |
| <input type="checkbox"/> Discute frecuentemente                  | <input type="checkbox"/> Cariñoso                              | <input type="checkbox"/> Hipersensible                   | <input type="checkbox"/> Mala relación con sus compañeros     |
| <input type="checkbox"/> Físicamente agresivo                    | <input type="checkbox"/> Malos Modales                         | <input type="checkbox"/> Generalmente Feliz              | <input type="checkbox"/> Buenas relaciones con sus compañeros |
| <input type="checkbox"/> Dice mentiras                           | <input type="checkbox"/> Naturaleza Nerviosa                   | <input type="checkbox"/> Generalmente Infeliz            | <input type="checkbox"/> Poca Energía                         |
| <input type="checkbox"/> Roba                                    | <input type="checkbox"/> Tímido                                | <input type="checkbox"/> Carece de Confianza en Sí Mismo | <input type="checkbox"/> Sentimientos de baja auto-estima     |
| <input type="checkbox"/> Destructivo                             | <input type="checkbox"/> Cómico                                | <input type="checkbox"/> Atento                          | <input type="checkbox"/> Talentoso                            |
| <input type="checkbox"/> Malhumorado                             | <input type="checkbox"/> Mala selección de amigos              | <input type="checkbox"/> Útil                            | <input type="checkbox"/> Competitivo                          |
| <input type="checkbox"/> Interés excesivo en cuestiones sexuales |  | <input type="checkbox"/> Autodestructivo                 | <input type="checkbox"/> Solitario/aislado                    |

¿En cuál de estas áreas le gustaría que su niño/a mejorara? \_\_\_\_\_