

Fecha: _____

INFORMACIÓN IDENTIFICATIVA

Nombre del niño: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Nombre de la madre: _____ Nombre del padre: _____

Dirección Dirección: _____

Teléfono durante el día: _____ Teléfono durante el día: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____ Correo electrónico: _____

Nombre del médico primario: _____ Teléfono del médico: _____

El niño vive con: Padres biológicos Padres adoptivos Los padres de crianza
 Un padre Hermanos Padres y Padrastros
 Otro: _____

INFORMACIÓN DE REFERENCIA

¿Quién refirió a este niño? _____

Razón para referir: _____

¿Podemos tener su permiso para agradecer a esta persona por la referencia? si No

Qué son tu ¿Principales preocupaciones y / u objetivos con respecto a su hijo? _____

¿A qué edad comenzaste a tener estas preocupaciones? _____

¿En qué entornos lucha su hijo? (es decir, casa, escuela, tienda, etc.) _____

¿En qué entornos le va bien a su hijo? (es decir, casa, escuela, tienda, etc.) _____

¿Cuáles son las fortalezas de su hijo? _____

¿Cómo describirías a tu hijo? _____

HISTORIAL MÉDICO

¿Hubo alguna dificultad durante el embarazo?

 sí No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

Duración del embarazo: _____ Duración del trabajo de parto: _____

El nacimiento fue: Normal Cesárea Recámara Múltiples Peso: _____

¿Su hijo experimentó alguna de las siguientes complicaciones durante la infancia?

Asistencia respiratoria requerida

 sí No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

Dificultades de alimentación

 sí No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas?

adenoidectomía

encefalitis

alergias

paperas

varicela

gripe

resfriados

sinusitis

dificultades respiratorias / respiratorias

lesión craneal

dificultades para dormir

convulsiones

fiebres altas

chuparse el dedo

escarlatina

sarampión

problemas cardíacos

meningitis

problemas de la vista

tubos auditivos

amigdalectomía

amigdalitis

infecciones del oído: ¿con qué frecuencia? _____

otras cirugías: _____

otras hospitalizaciones: _____

Verifique cualquiera de los siguientes profesionales que han brindado servicios relacionados con su hijo.

<u>Area de Servicio</u>	<u>Clinico</u>	<u>Fecha</u>	<u>Diagnóstico / Recomendaciones</u>
<input type="checkbox"/> Terapeutas ocupacionales	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Fisioterapeuta	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Patólogo del habla y lenguaje	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Pediatra del desarrollo	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Especialista en visión	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Especialista en audición	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Especialista en comportamiento	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Neurólogo	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ortopedista	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Psicólogo	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Consejero	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Otro: _____	_____	_____	_____

¿Está su hijo actualmente tomando medicamentos?

si

No

En caso afirmativo, especifique:

Nombre del medicamento

Propósito

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Enumere cualquier medicamento anterior: _____

¿Tiene su hijo equipo especializado?

si

No

En caso afirmativo, especifique: _____

HISTORIA DE DESARROLLO

Verifique si el logro de habilidades de su hijo fue "a tiempo", retrasado o si aún no se domina. Los rangos de edad para el desarrollo típico están entre paréntesis.

MOTOR :

A tiempo

Retrasado Aún no dominado

Control de cabeza (3mos.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcanzar objetos (3 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pase el mouse en ambos sentidos (7-8 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentación de dedos (7-8 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentado solo (7-9 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arrastrándose en los 4 (9 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tirando para pararse (9 meses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer con cuchara (1-1.5 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminando (1-1.5 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saltar (2-3 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saltando sobre un pie (3-4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dibujando un círculo (3-4 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cortar con cuchillo (5-6 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cortar con tijeras (5-6 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andar en bicicleta (5-6 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Tiene su hijo dificultades para aprender nuevas habilidades motoras?

si

No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

IDIOMA :**A tiempo****Retrasado****Aún no dominado**

Mira / responde cuando se le llama (6-9 meses)

Mira en la dirección que otros señalan (9-12 meses)

Dicha primera palabra (1-1.5 años)

Señalando imágenes simples (1-1.5 años)

Siguiendo los comandos de un paso (1-1.5 años)

Palabras combinadas (1.5-2 años)

Siguiendo varios comandos de pasos (1.5-2 años)

Oraciones habladas (2-2.5 años)

AUTO AYUDA :**A tiempo****Retrasado****Aún no dominado**

Control de vejiga (3 años)

Control intestinal (3 años)

Aseo independiente (3-4 años)

Se ajusta de forma independiente (4 años)

Botones de forma independiente (4-5 años)

Cremalleras independientes (4-5 años)

Vestirse independientemente (4-5 años)

Cepillarse los dientes (4-5 años)

Atar zapatos (5 años)

Cepillar / peinar el cabello (6-7 años)

Bañarse independientemente (6-7 años)

COMPORTEAMIENTO DURANTE LA INFANCIA

Seleccione las características que describen (d) a su hijo cuando era un bebé:

	<u>Si</u>	<u>No Algunas veces</u>			<u>Si No Algunas veces</u>		
Lloré mucho, quisquilloso, irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Me gustó ser retenido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demasiado exigente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resistió ser retenido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alerta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disquete cuando se sostiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tranquilo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tenso cuando se mantiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Buen patrón de sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Patrón de sueño irregular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMPORTEAMIENTO ACTUAL

Seleccione las características que describen a su hijo actualmente:

	<u>Si</u>	<u>No Algunas veces</u>			<u>si</u>	<u>No a veces</u>	
Mayormente tranquilo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Torpe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demasiado activo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Luchas con separación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se cansa fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hábitos nerviosos / tics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habla constantemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cae a menudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demasiado impulsivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Moja la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inquieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pantalones mojados / sucios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obstinado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene poca capacidad de atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resiste el cambio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frustrado fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelea a menudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene miedos inusuales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Generalmente infeliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene frecuentes berrinches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Físicamente agresivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parece ansioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Hacia quien? _____

Historia de la escuela

¿Cuál es la preferencia de mano de su hijo?

Correcto

Izquierda

Ambos

¿Cuál es el nivel de escuela / grado actual de su hijo? _____

¿Cuáles son las fortalezas de su hijo en la escuela? _____

¿Tiene su hijo alguna dificultad en la escuela?

si

No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

¿Está su hijo en una clase especial o está recibiendo algún servicio de apoyo?

si

No

En caso afirmativo, especifique: _____

¿Ha repetido su hijo algún nivel de grado?

si

No

En caso afirmativo, especifique: _____

¿Qué dice la maestra sobre su hijo? _____
