

**CONSULTORIO DE NEUROPSICOLOGIA**

**CUESTIONARIO PARA LOS PADRES/CUIDADORES**

Fecha:

Paciente/niño (nombre y apellido):

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_

Sexo: Femenino \_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_

Su nombre (Nombre/Apellido): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Su relación con el paciente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Quién le remitió a nuestro consultorio? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anteriormente, ¿el paciente ha sido atendido por el Hospital Universitario de Stony Brook? Sí/No

Si es así, ¿aproximadamente cuándo ha sido atendido el paciente?

¿Quién atendió al paciente en aquel momento? (persona específica o departamento)

**OTROS PROVEEDORES DE SERVICIOS MEDICOS**

Nombre del médico general:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Psiquíatra:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Psicoterapeuta:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otros proveedores de servicios médicos (neurólogo, terapeuta del habla, etc.):

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DIRECCION Y TELEFONO DEL PACIENTE** **(por favor incluya el código postal)**

Dirección

Ciudad, Estado, Código Postal

Teléfono fijo

Teléfono móvil

Por favor lea las siguientes preguntas y conteste tan plenamente como posible. Es posible que algunas preguntas no apliquen a su niño. En estos casos, conteste con “N/A”.

**PREOCUPACIONES ACTUALES**:

¿Cuáles son los problemas principales que le preocupan? ¿Cuánto tiempo hace que están presentes?

|  |  |
| --- | --- |
| **Problema/Síntoma** | **Presente desde (edad):** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**HISTORIA DEL DESARROLLO DE LA INFANCIA: (Si usted no sabe, escriba “NS”)**

1. ¿Cuántos embarazos tuvo la madre antes de dar a luz a este niño (incluso los embarazos no llevados al término)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Marque **CUALQUIERA** de los siguientes hechos que ocurrieron durante el embarazo de este niño:

\_\_\_\_\_Ninguna complicación

\_\_\_\_\_Náusea y vomito intenso \_\_\_\_\_Toxemia \_\_\_\_\_Cardiopatía

\_\_\_\_\_Tensión alta \_\_\_\_\_Rubeola, Paperas \_\_\_\_\_Herida/Accidente

\_\_\_\_\_Factor RH incompatible \_\_\_\_\_Diabetes gestacional \_\_\_\_\_Hospitalización

\_\_\_\_\_Enfermedad del riñón \_\_\_\_\_Anemia \_\_\_\_\_Convulsiones

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sangrado: \_\_\_\_\_\_1º trimestre \_\_\_\_\_\_2º trimestre \_\_\_\_\_\_3º trimestre

3. ¿Habían medicamentos durante el embarazo? \_\_\_\_\_\_ Sí(2)\_\_\_\_\_\_\_No(1)

Sí es así, por favor explique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. ¿La madre fumó o tomó drogas durante el embarazo?\_\_\_\_\_\_\_\_ Sí(2)\_\_\_\_\_\_No(1)

Sí es así, explique qué, cuánto, y cuándo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. ¿La madre tomó alcohol durante el embarazo?\_\_\_\_\_\_ Sí(2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_No(1)

Sí es así, explique cuánto y cuándo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Detalles del parto:

Tipo de parto (marque uno): \_\_\_\_\_normal \_\_\_\_\_cesárea \_\_\_\_\_de nalgas \_\_\_\_\_fórceps

¿El parto fue inducido?\_\_\_\_\_\_ Sí(2) \_\_\_\_\_\_\_\_No(1)

¿Ocurrieron CUALQUIERA de los siguientes durante el parto del niño?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ningunos problemas con/después del parto

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Parto prematuro ¿Cuántos días antes de la fecha? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Parto atrasado ¿Cuántos días después de la fecha? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_El bebé tuvo el cordón enroscado alrededor del cuello

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Azul al nacer

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ictérico/Amarillento al nacer Tratamiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_El bebé necesitó oxigena ¿Hasta cuándo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_El bebé necesitó una transfusión de sangre ¿Por qué?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_El bebé fue colocado en una incubadora ¿Hasta cuándo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Otros problemas (por favor explique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Peso al nacer: \_\_\_\_\_\_Libras \_\_\_\_\_Onzas

Resultados APGAR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1 minuto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_5 minutos

Duración de la estancia hospitalaria:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Fue más de la estancia de la madre?\_\_\_\_\_\_\_\_ Sí(2) \_\_\_\_\_\_\_\_No(1)

Sí es así, explique por qué: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

8. ¿Cómo describiría su niño durante la infancia? (Marca **TODO** lo que aplique)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Durmió demasiado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_No respondedor a padres/conocidos

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Rara vez pareció dormir \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Pareció portarse *muy* bien

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Babeó excesivamente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_De cólico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dificultades con alimentar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Demasiado activo

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Resistió el sostener \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Excesivamente inseguro/dependiente

\_Ninguna reacción a la separación \_Ninguna, o extraña, reacción a los desconocidos

**HITOS EN EL DESARROLLO (Si usted no sabe, escriba “NS”)**

Favor de poner la edad en la cual su niño cumplió los siguientes hitos:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hito** | **Edad (meses/años)** | **Hito** | **Edad (m/a)** |
| Darse vuelta |  | Comer con utensilios  |  |
| Sentarse sin apoyo |  | Cortar algo con tijeras |  |
| Gatear |  | Ir solo al baño por el día (vejiga) |  |
| Caminar solo |  | Ir solo al baño por la noche (vejiga) |  |
| Montar en tricíclico |  | Ir solo al baño por el día (intestino) |  |
| Montar en bicicleta |  | Ir solo al baño por la noche (intestino) |  |
| Gesticular (adiós, etc.)  |  | Balbucear |  |
| Hablar en palabras individuas  |  | Hablar en frases pequeñas (2-3 palabras) |  |
| Hablar en frases enteras. |  |

¿Su niño ha establecido su mano predilecta? \_\_\_\_\_Sí(2) \_\_\_\_\_\_No.(1)

Si es así, ¿cuál es?\_\_\_\_\_\_\_\_ Derecha(1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_Izquierda(2)

Antes del desarrollo del habla, su niño: (**MARCA TODO LO QUE APLIQUE)**

\_\_\_Usaba gestos para llamar la atención de los padres

\_\_\_Señalaba a objetos deseados

\_\_\_Tiraba los padres hacia objetos deseados

\_\_\_Usaba las manos de los padres como herramientas, como poner la mano del padre a la puerta para señalar que el niño quería irse

\_\_\_Decía hola/adiós con la mano sin provocación

\_\_\_Trataba de compartir sus intereses con otros (como ofrecer comida o juguetes a los padres)

**HISTORIA CLINICA**

1. Favor de marcar **TODO** lo que aplique al niño:

\_\_\_Anomalía congénita \_\_\_Epilepsia/ataques/convulsiones

\_\_\_Cardiopatía \_\_\_Ataques con fiebre

\_\_\_Anemia \_\_\_Fiebre de más de 104˚ F sin porqué

\_\_\_Discapacidades físicas \_\_\_Visita a la sala de urgencias

 (explique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) (explique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

\_\_\_Asma \_\_\_Herida en la cabeza

\_\_\_Alergias (explique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

\_\_\_Herida en la cabeza con pérdida de la consciencia

\_\_\_\_Otras pérdidas de la consciencia (además de lo arriba) \_\_\_\_\_\_Susceptibilidades a cierta comida

\_\_\_\_\_\_\_Serio accidente \_\_\_Saturnismo/envenenamiento por plomo

\_\_\_Meningitis \_\_\_Otro tipo de envenenamiento (explique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

\_\_\_Infecciones recurrentes en los oídos

\_\_\_Encefalitis \_\_\_Varicela

\_\_\_Paperas \_\_\_Problemas con la visión

\_\_\_Otras graves enfermedades de la juventud

(explique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

\_\_\_Problemas con el oír

2. ¿Su niño toma medicina para cualesquiera de los anteriores?\_\_\_\_\_\_Sí(2) \_\_\_\_\_\_\_No(1)

Si es así, explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. ¿Su niño ha sido ingresado en hospital para problema médico\_\_\_\_ Sí(2) \_\_\_\_\_No(1)

Si es así, explique la razón: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuándo?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. ¿Su niño ha sido ingresado en hospital para problemas psiquiátricos/conductuales?\_\_\_Sí(2)\_\_\_No(1)

Si es así, explique la razón: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PRUEBAS ANTERIORES**

¿Su niño ha recibido alguna prueba médica? Como:

EEG: \_\_\_NO(1) \_\_\_SÍ(2)

Si es así, explique la razón y los resultados: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fragile X: \_\_\_NO(1) \_\_\_SÍ(2)

Si es así, explique la razón y los resultados: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MRI: \_\_\_NO(1) \_\_\_SÍ(2)

Si es así, explique la razón y los resultados: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OTRAS PRUEBAS (de oír, lo metabólico, el endocrino, etc.):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Por favor explique la razón y los resultados: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Por favor explique la razón y los resultados: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**VACUNACIONES**

¿Son actuales las vacunaciones de su niño?\_\_\_Sí(2) \_\_\_No(1)

Si no, explique cuáles no lo son:

**ALERGIAS**

Favor de enumerar las alergias a medicaciones que tiene su niño:

Medicación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tipo de reacción:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medicación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tipo de reacción:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Medicación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tipo de reacción:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otras alergias:

**EVALUACIONES ANTERIORES**

1. ¿Su niño ha recibido una evaluación diagnóstica?\_\_\_Sí(2) \_\_\_\_No(1)

Si es así, favor de explicar (Si hay más de una evaluación, inclúyalas abajo):

¿Dónde y cuándo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Visto por quién? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La diagnosis:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si es posible, incluya una copia del informe clínico con este cuestionario.**

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HISTORIA DE MEDICACION**

 1. ¿Su niño ha sido tratado con medicación para sus problemas?\_\_\_\_ Sí(2) \_\_\_\_No(1)

 Si es así, enumere cada medicación, dosis, y edad del niño:

 Nombre/dosis de la medicación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (edad \_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_)

 Nombre/dosis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (edad \_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_)

 Nombre/dosis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (edad \_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_)

 Nombre/dosis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (edad \_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_)

 Nombre/dosis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (edad \_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_)

 Nombre/dosis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (edad \_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_)

 2. ¿Su niño está tomando medicina ahora?\_\_\_\_ Sí(2) \_\_\_No(1)

 Nombre/dosis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (edad \_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_)

 Nombre/dosis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (edad \_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_)

 Nombre/dosis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (edad \_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_)

 Nombre/dosis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (edad \_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_)

 Nombre/dosis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (edad \_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_)

 Nombre/dosis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (edad \_\_\_\_\_a\_\_\_\_\_)

**INFORMACION DE ESCUELA**

 ESCUELA ACTUAL:

 1. ¿En cuál distrito escolar viven? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2. ¿A cuál escuela asiste actualmente su niño? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dirección:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 3. Grado actual (si es verano, a partir de septiembre): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 4. ¿Su niño ha sido evaluado por el CSE o el CPSE? \_\_\_Sí(2) \_\_\_No(1)

 5. ¿Su niño tiene un Educational Handicapping Label (etiqueta de desabilidad educacional)? (i.e. autismo, discapacidades del habla y lenguaje)

 \_\_\_NO(1) \_\_\_SÍ (2)(explique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 6. ¿Su niño está recibiendo servicios de educación especial?\_\_\_ Sí(2) \_\_\_\_No(1)

 7. ¿Qué tipo de clase asiste su niño?

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Educación estándar(0)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sala de inclusión

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Educación estándar con cuarto de recursos

 (¿en cuáles sujetos?)(2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sala de educación especial en distrito local (3)

 ¿Cuál es la ratio estudiante/maestro? (i.e. 12:1:1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ¿Está colocado dentro del común para cualquier sujeto?

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sala de educación especial en escuela de educación especial (incluso los programas preescolares) (4)

 ¿Cuál es la ratio estudiante/maestro? (i.e. 12:1:1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ambiente residencial/hospitalario (5)

 8. ¿Qué servicios de apoyo recibe su niño (i.e. terapia del habla, terapia ocupacional, terapia física, consejería)?

 a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Cuántas veces por la semana? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 b) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Cuántas veces por la semana? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 c) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Cuántas veces por la semana? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 9. ¿Cuáles son sus preocupaciones principales en cuanto a la programación educacional de su niño?

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HISTORIA ACADEMICA**

Marque todo lo que aplique a cada grado. Si su niño todavía no asiste a escuela, favor de dejar esta sección y empezar con la próxima.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Año académico** | **Tipo de escuela (✔✔una)** | **Tipo de clase****(✔✔una)** | **Servicios especiales (Marca todo lo que aplique)** |
|  | Estándar | Especial | Estándar | Especial | Servicio | Tipo | Duración/Frecuencia de la sesión |
| Servicios de intervención temprana (Edad: Nacimiento- 3 años)Nombre de escuela: |   |  |  |  | * terapia del habla y lenguaje
* terapia física
* terapia ocupacional
* consejería
 | * Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
 | \_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana |
| Servicios preescolares(3 años-5 años)Nombre de escuela: |  |  |  |  | * terapia del habla y lenguaje
* terapia física
* terapia ocupacional
* consejería
 | * Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
 | \_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana |
| KindergartenNombre de escuela: |  |  |  |  | * terapia del habla y lenguaje
* terapia física
* terapia ocupacional

consejería | * Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
 | \_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana |
| 1º gradoNombre de escuela: |  |  |  |  | * terapia del habla y lenguaje
* terapia física
* terapia ocupacional
* consejería
 | * Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
 | \_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana |
| 2º gradoNombre de escuela: |  |  |  |  | * terapia del habla y lenguaje
* terapia física
* terapia ocupacional
* consejería
 | * Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
 | \_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana |
| 3º gradoNombre de escuela: |  |  |  |  | * terapia del habla y lenguaje
* terapia física
* terapia ocupacional
* consejería
 | * Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
 | \_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana |
| 4º gradoNombre de escuela: |  |  |  |  | * terapia del habla y lenguaje
* terapia física
* terapia ocupacional
* consejería
 | * Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
 | \_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana |
| 5º gradoNombre de escuela: |  |  |  |  | * terapia del habla y lenguaje
* terapia física
* terapia ocupacional
* consejería
 | * Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
 | \_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana |
| 6º gradoNombre de escuela: |  |  |  |  | * terapia del habla y lenguaje
* terapia física
* terapia ocupacional
* consejería
 | * Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
 | \_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana |
| 7º gradoNombre de escuela: |  |  |  |  | * terapia del habla y lenguaje
* terapia física
* terapia ocupacional
* consejería
 | * Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
 | \_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana |
| 8º gradoNombre de escuela: |  |  |  |  | * terapia del habla y lenguaje
* terapia física
* terapia ocupacional
* consejería
 | * Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
 | \_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana |
| 9º gradoNombre de escuela: |  |  |  |  | * terapia del habla y lenguaje
* terapia física
* terapia ocupacional
* consejería
 | * Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
 | \_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana |
| 10º gradoNombre de escuela |  |  |  |  | * terapia del habla y lenguaje
* terapia física
* terapia ocupacional
* consejería
 | * Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
 | \_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana |
| 11º gradoNombre de escuela: |  |  |  |  | * terapia del habla y lenguaje
* terapia física
* terapia ocupacional
* consejería
 | * Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
 | \_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana |
| 12º gradoNombre de escuela: |  |  |  |  | * terapia del habla y lenguaje
* terapia física
* terapia ocupacional
* consejería
 | * Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
* Individual
* grupo pequeños
 | \_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana\_\_\_Minutos\_\_\_veces/semana |

**ANTECEDENTES DE SU NIÑO**

 1. Etnia:

 1. \_\_\_\_\_ Blanco

 2. \_\_\_\_\_ Negro

 3. \_\_\_\_\_ Hispano

 4. \_\_\_\_\_ Asiático

 5. \_\_\_\_\_ Otro (Por favor explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 2. ¿Con quién vive su niño actualmente? (Marca **TODO** lo que aplique)

 \_\_\_\_\_\_ la madre biológica \_\_\_\_\_ la madre sustituta

 \_\_\_\_\_\_ el padre biológico \_\_\_\_\_ el padre sustituto

 \_\_\_\_\_\_ la madre adoptiva \_\_\_\_\_ otros parientes

 \_\_\_\_\_\_ el padre adoptivo \_\_\_\_\_ otros no-parientes

 \_\_\_\_\_\_ madrastra/pareja del padre

 \_\_\_\_\_\_padrastro/pareja de la madre

 \_\_\_\_\_\_ otro (¿quién? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 3. Estado civil de los padres biológicos: (Marca **TODO** lo que aplique)

 \_\_\_\_casados \_\_\_\_la madre en segundas nupcias

 \_\_\_\_viven juntos \_\_\_\_el padre en segundas nupcias

 \_\_\_\_nunca casados \_\_\_\_la madre fallecida

 \_\_\_\_separados \_\_\_\_el padre fallecido

 \_\_\_\_divorciados

 4. Enumere **TODOS** los niños (incluso el paciente) en orden de nacimiento. (*Favor de incluir apellidos si son diferentes de lo del paciente)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | ¿Vive en casa? | ¿Tiene la misma madre biológica? | ¿Tiene el mismo padre biológico? | ¿Algún retraso en el desarrollo? Si es así, indique el tipo de retraso.  |
| NOMBRE | FEC. NAC. | GRADO | SÍ/NO | SÍ/NO | SÍ/NO | SÍ/NO |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**DATOS DE LOS PADRES/CUIDADORES**

 **Nota: Si ud. no sabe, favor de escribir “NS”.**

1. Nombre de la madre (Nombre/Apellido)

Fec. Nac. (M/D/A):\_\_/\_\_/\_\_\_\_ Teléfono: ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Derecho (si es diferente del niño):

Empleo actual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_De media jornada/Completa

Nombre de empleador/empresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo: ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Etnia:

 1. \_\_\_\_\_ Blanco

 2. \_\_\_\_\_ Negro

 3. \_\_\_\_\_ Hispano

 4. \_\_\_\_\_ Asiático

 5. \_\_\_\_\_ Otro (Por favor explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

2. Nombre del padre (Nombre/Apellido)

Fec. Nac. (M/D/A):\_\_/\_\_/\_\_\_\_ Teléfono: ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Derecho (si es diferente del niño):

Empleo actual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_De media jornada/Completa

Nombre de empleador/empresa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo: ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Etnia:

 1. \_\_\_\_\_ Blanco

 2. \_\_\_\_\_ Negro

 3. \_\_\_\_\_ Hispano

 4. \_\_\_\_\_ Asiático

 5. \_\_\_\_\_ Otro (Por favor explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

3. Nivel de educación:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Madre  | Padre |
| 1. 8º grado o menos |  |  |
| 2. Un poco de colegio |  |  |
| 3. graduado con título de secundario |  |  |
| 4. Un poco de universidad |  |  |
| 5. Licenciatura |  |  |
| 6. Maestría |  |  |
| 7. Doctorado |  |  |

4. Ingreso familiar (favor de marcar uno)

 1. Menos de $10,000/año \_\_\_\_

 2. $10,000-20,000/año \_\_\_\_

 3. $20,001-40,000/año \_\_\_\_

 4. $40,001-70,000/año \_\_\_\_

 5. $70,001-100,000/año \_\_\_\_

 6. $100,001 o más/año \_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR**

Qué usted sepa, ¿ha usted o algún otro miembro de la familia del niño (que sean padres, hermanos, tíos, tías, o abuelos por cada lado) tenido cualquieras de los siguientes problemas*? Si es así, favor de detallar la relación entre la persona y el niño (i.e. tío, abuelo, etc.) y de qué lado (materno/paterno).*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Relación con el niño | Lado materno | Lado paterno |
| Trastornos del espectro autista Si se sabe, detalle: |  |  |  |
| ---------Autismo |  |  |  |
| ---------Síndrome de Asperger |  |  |  |
| ---------PDD-NOS |  |  |  |
| Retardo mental |  |  |  |
| Discapacidad de aprendizaje |  |  |  |
| Hiperactividad (Trastorno de déficit de atención) |  |  |  |
| Trastorno bipolar (maníaco-depresivo) |  |  |  |
| Alcoholismo |  |  |  |
| Ataque de nervios |  |  |  |
| Epilepsia |  |  |  |
| Abuso de drogas |  |  |  |
| Depresión |  |  |  |
| Serios altibajos emocionales  |  |  |  |
| Hospitalización psiquiátrica  |  |  |  |
| Ha cometido un delito |  |  |  |
| Esquizofrenia  |  |  |  |
| Ansiedad severa |  |  |  |
| Otro (describe) |  |  |  |

¿Su niño tiene (tenía) algunas de las siguientes dificultades con el desarrollo del habla y lenguaje? (**MARCA TODO LO QUE APLIQUE)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **HABILIDAD** | **EN EL PASADO** | **ACTUALMENTE** |
| -NINGUNA DIFICULTAD |  |  |
| -NO VERBAL |  |  |
| -BABEA SIN INTENCIÓN DE COMMUNICAR |  |  |
| -RETRASO EN EL DESARROLLO DEL HABLA |  |  |
| -REPITE PALABRAS/FRASES FUERA DEL CONTEXTO |  |  |
| -ECOLALIA (REPITE LO QUE DICEN LOS OTROS/REPITE LAS PREGUNTAS EN VEZ DE CONTESTARLAS) |  |  |
| -PARECE TENER LENGUA INVENTADA O USA PALABRAS INVENTADAS |  |  |
| -INVERSIÓN DEL PRONOMBRE (DICE “TÚ” EN VEZ DE “YO” ETC.) |  |  |
| -MONOTONO, TONO RARO O VOZ CANTARÍN |  |  |
| -TARTAMUDEO EXCESIVO |  |  |
| -NO PUEDE DEJAR DE HABLAR SOBRE CIERTOS TEMAS  |  |  |
| -HABLA COMO SI SERMONEARA A OTROS |  |  |
| -DIFICULTADES PRAGMÁTICAS (MALA CONTACTO VISUAL, NO PUEDE MANTENER CONVERSACIÓN SOCIAL) |  |  |
| -NO USA LAS EXPRESIONES DEL ROSTRO QUE COMUNICAN REMORDIMIENTO, SORPRESA, TRISTEZA, ETC.) |  |  |

**INTERACIÓN SOCIAL**

1. ¿Su niño muestra interés en “los juegos de guardería infantil” como cu-cu o patty cake (tortillitas)? \_\_\_\_\_Sí (2) \_\_\_\_\_\_\_No (1)

2. ¿A su niño le interesan los juguetes? \_\_\_\_\_\_\_Sí (2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_No (1)

Si es así, ¿cuáles son sus juguetes favoritos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. ¿A su niño le fascinaban las cosas con luces, objetos giratorios, o los componentes de juguetes, como ruedas, tapas, etc.? \_\_\_\_\_\_\_Sí (2) \_\_\_\_\_\_\_No (1)

4. ¿Su niño ha manifestado habilidades de juego simbólicos/inventados/fingidos (i.e. usar objeto cotidiano en lugar de otra cosa)? \_\_\_\_\_\_\_Sí (2) \_\_\_\_\_\_\_No (1)

Si es así, favor de dar ejemplos:

5. ¿Tenía/tiene habilidades de juego repetidas (O sea, ¿vuelve a jugar el mismo juego, contar los mismos cuentos, jugar con los mismos dos o tres juguetes, etc.)? \_\_\_\_\_\_Sí (2) \_\_\_\_\_\_\_No (1)

6. ¿A su niño le interesa en los juegos de otros niños? \_\_\_\_\_\_Sí (2) \_\_\_\_\_\_\_No (1)

7. ¿Tiene mejor amigo? \_\_\_\_\_\_Sí (2) \_\_\_\_\_\_\_No (1)

8. ¿Tiene algunos amigos? \_\_\_\_\_\_Sí (2) \_\_\_\_\_\_\_No (1)

9. ¿Diría usted que su niño quiere tener amigos, pero no sabe como hacerlos? \_\_\_\_\_\_Sí (2) \_\_\_\_\_\_\_No (1)

10. ¿Imita (imitaba) el comportamiento de otros? \_\_\_\_\_\_Sí (2) \_\_\_\_\_\_\_No (1)

11. ¿A su niño le preocupan (preocupaban) las letras, los números, los mapas, diálogos de las películas, videos, la televisión, etc.? \_\_\_\_\_\_Sí (2) \_\_\_\_\_\_\_No (1)

12. ¿Tiene (tenía) dificultades con relacionar a sus iguales? \_\_\_\_\_\_Sí (2) \_\_\_\_\_\_\_No (1)

13. ¿Su niño trata de dominar el juego con los otros? \_\_\_\_\_\_Sí (2) \_\_\_\_\_\_\_No (1)

14. ¿Hace (hacía) gestos inadecuados, como morder, pegar, etc. para acercarse a los otros?

\_\_\_\_\_\_Sí (2) \_\_\_\_\_\_\_No (1)

**FUNCIONAMIENTO CONDUCTUAL**

Marque **TODO** lo que aplique a su niño. Explique el conducto en el espacio dado.

|  |  |
| --- | --- |
| **CONDUCTO** | **EXPLANACIÓN DEL CONDUCTO** |
| \_\_Ningunos problemas de comportamiento |  |
| \_\_Rabietas excesivas |  |
| \_\_Le molesta/se enoja por el cambio |  |
| \_\_Dificultad con las transiciones  |  |
| \_\_Le interesan los temas/objetos demasiado |  |
| \_\_Inconsciente de su cuerpo físico, o sea torpe |  |
| \_\_Comportamiento auto-excitante (gira los juguetes, bate los brazos, agita los juguetes frente de su rostro, etc.) |  |
| \_\_Comportamiento auto-abusivo |  |
| \_\_Le importa la rutina (Se enoja cuando cambia la rutina cotidiana) |  |
| \_\_Demasiado rígido o exigente |  |
| \_\_Comportamiento ceremonial (vuelve a repetir ciertos conductos estereotípicos) |  |
| \_\_Intereses no usuales (lavarropas, aspiradoras, los cumpleaños de personas, etc.) |  |
| \_\_Juegos/acciones repetidos |  |
| \_\_Le interesa oler los objetos |  |
| \_\_Le interesa sentir/tocar los objetos |  |
| \_\_Pone los juguetes en la boca |  |
| \_\_Evita al cariño |  |
| \_\_Falta de reacción/Híper reacción al dolor |  |
| \_\_Híper sensible a sonidos/luces |  |
| \_\_Agresivo ante los otros |  |
| \_\_Impulsivo |  |
| \_\_Hiperactivo |  |
| \_\_Mala concentración (déficit de atención)  |  |
| \_\_Parece ser distante |  |
| \_\_Agarra la mano/brazo de una persona para obtener un objeto deseado |  |
| \_\_Parece mirar por las personas como si no existieran |  |
| \_\_Muy desorganizado |  |
| \_\_Problemas con dormir |  |
| \_\_Tiene talento especial |  |

**PÉRDIDA GENERAL DE HABILIDADES**

Además de durante una enfermedad física ¿había un periodo en el cual su niño pareció perder una(s) habilidad(es) que había adquirido antes? \_\_\_\_Sí (2) \_\_\_\_\_No (1)

Si es así, complete lo siguiente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **HABILIDAD** | **EDAD (APPROX.) DE LA PÉRDIDA DE HABILIDAD** | **¿LA PÉRDIDA SE RELACIONA CON ALGUNA ENFERMEDAD FÍSICA?** |
| \_\_COMMUNICACIÓN |  | \_\_\_\_Sí (2) \_\_\_\_\_No (1) |
| \_\_INTERACTIÓN SOCIAL Y CAPACIDAD DE RESPUESTA |  | \_\_\_\_Sí (2) \_\_\_\_\_No (1) |
| \_\_JUEGO E IMAGINACIÓN |  | \_\_\_\_Sí (2) \_\_\_\_\_No (1) |
| \_\_PODER CUIDARSE (ACICLAMIENTO, COMER, ETC.) |  | \_\_\_\_Sí (2) \_\_\_\_\_No (1) |
| \_\_ TALENTOS ACADÉMICOS/OCUPACIONALES |  | \_\_\_\_Sí (2) \_\_\_\_\_No (1) |
| \_\_ HABILIDADES MOTORAS/COORDINACIÓN |  | \_\_\_\_Sí (2) \_\_\_\_\_No (1) |
| \_\_ APRENDER A IR AL BAÑO (VEJIGA) |  | \_\_\_\_Sí (2) \_\_\_\_\_No (1) |
| \_\_ APRENDER A IR AL BAÑO (INTESTINOS) |  | \_\_\_\_Sí (2) \_\_\_\_\_No (1) |

**Por favor use esta página para cualquier otra información crea necesaria que nosotros sabemos sobre su niño.**

14 Technology Drive, Suite 12B, East Setauket, NY 11733

181 Belle Mead Road, Suite 4, East Setauket, NY 11733

240 Middle Country Road, Smithtown, NY 11787

TEL: 631-444-8053 FAX: 631-444-4267