

Historial de Salud / de Desarrollo / Social

I. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del/de la Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Dirección: _____

Teléfono de la Casa: _____ Celular: _____

Nombre del Padre: _____ Nombre de la Madre: _____

Ocupación del Padre: _____ Ocupación de la Madre: _____

Empleador del Padre: _____ Empleador de la Madre: _____

Los padres biológicos están: Casados Divorciados Separados Solteros

El/La estudiante vive con: Ambos Padres Madre Padre Padrastra o madrastra Otro: _____

Otros viviendo en el hogar: _____ Edad: _____ Parentesco: _____ Grado completado: _____

Idioma hablado en el hogar: Inglés Español Otro: _____

Servicios comunitarios recibidos actualmente o anteriormente:

Servicios Sociales Servicios para las Familias/la Juventud Departamento de Salud

Seguro Social Salud Mental Otros: _____

Expresé sus preocupaciones actuales sobre su hijo/a: _____

¿Cómo cree que se puede ayudar mejor a su hijo/a? _____

II. SALUD & DESARROLLO (si se conoce y está disponible)

Embarazo:		Parto:	Estado del Bebé al Nacer:
<input type="checkbox"/> Caídas	<input type="checkbox"/> Exceso de hemorragia	<input type="checkbox"/> Espontáneo	<input type="checkbox"/> Heridas o defectos al nacer
<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Prematuro	<input type="checkbox"/> Inducido	<input type="checkbox"/> Ictericia
<input type="checkbox"/> Toxemia	<input type="checkbox"/> Atrasado	<input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> Problema respiratorio
<input type="checkbox"/> Falta de cuidado prenatal	<input type="checkbox"/> Saludable	<input type="checkbox"/> Parto de nalgas	<input type="checkbox"/> Bajo peso al nacer
<input type="checkbox"/> Estrés emocional		<input type="checkbox"/> Trabajo de parto inusualmente largo	<input type="checkbox"/> Saludable

Hitos:	Temprano	Promedio	Atrasado	Hitos:	Temprano	Promedio	Atrasado
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entrenamiento al baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hablar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hablar en Oraciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Su hijo/a tiene dificultades con alguno de los siguientes aspectos? En caso afirmativo, describa.

Sí No Pequeñas habilidades motoras como colorear, imprimir o cortar con tijeras: _____

Sí No Habilidades motoras grandes, como caminar, correr, subir escaleras o montar en bicicleta: _____

Sí No Entender las direcciones: _____

Sí No Recordar lo que se le ha dicho: _____

Sí No Hablar con claridad: _____

Sí No Encontrar palabras para expresarse: _____

Sí No Accidentes al ir al baño de día o de noche: _____

¿Ha experimentado su hijo/a alguna de las siguientes situaciones? En caso afirmativo, describa.

Sí No Experiencias traumáticas (muerte, accidentes, divorcio): _____

Sí No Enfermedades graves: _____

Sí No Ataques o Convulsiones: _____

Sí No Heridas en la cabeza: _____

Sí No Cirugías u Hospitalizaciones: _____

Sí No Alergias: _____

(Pasar a la página siguiente)

¿Cuándo fue el último examen físico de su hijo/a? _____

Historial de Salud / de Desarrollo / Social

Enumere los diagnósticos médicos del niño/de la niña, si hay alguno: _____

¿Toma su hijo/a alguna medicación regularmente? Sí No

En caso afirmativo, indique el tipo, la dosis y el horario de administración: _____

Estado de salud actual del niño/de la niña: Excelente Bueno Regular Débil

¿Su hijo/a ha sido evaluado/a alguna vez por una discapacidad? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde? _____

Otros Comentarios: _____

III. INTERESES & ACTIVIDADES

Por favor enumere algunos de los intereses, aficiones y actividades sociales de su hijo/a (iglesia, deportes, clubes, etc):

Por favor describa cualquier tendencia nerviosa (balanceo, morderse las uñas, mojar la cama, etc.):

Describa los puntos fuertes de su hijo/a: _____

Describa los puntos débiles de su hijo/a: _____

¿Tiene su hijo/a amigos de su edad? Sí No Si responde con No, son los amigos: Más Viejos Más Jóvenes

¿Qué características describen a su hijo/a?

<input type="checkbox"/> Artístico/a	<input type="checkbox"/> Atlético/a	<input type="checkbox"/> Lloro fácilmente	<input type="checkbox"/> Dependiente
<input type="checkbox"/> Dificil	<input type="checkbox"/> Fácil de llevar/Tratable	<input type="checkbox"/> Pelea	<input type="checkbox"/> Olvidadizo/a
<input type="checkbox"/> Simpático/a	<input type="checkbox"/> Feliz	<input type="checkbox"/> Tiene muchos miedos	<input type="checkbox"/> Servicial
<input type="checkbox"/> Golpea/Daño a otros	<input type="checkbox"/> Impulsivo/a	<input type="checkbox"/> Desatento/a	<input type="checkbox"/> Independiente
<input type="checkbox"/> De humor variable	<input type="checkbox"/> Extrovertido/a	<input type="checkbox"/> Sobreactivo/a	<input type="checkbox"/> Falta de confianza en sí mismo/a
<input type="checkbox"/> Agitado/a	<input type="checkbox"/> Triste	<input type="checkbox"/> Tímido/a	<input type="checkbox"/> Social
<input type="checkbox"/> Colérico/a	<input type="checkbox"/> Irrita a otros	<input type="checkbox"/> Otro: _____	

IV. DINÁMICA DE LA FAMILIA

¿Se lleva bien su hijo/a con sus hermanos y hermanas? Sí No

¿Se lleva bien su hijo/a con otros familiares? Sí No

¿Hay otros adultos que tengan un papel importante en la crianza de su hijo/a? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? _____

¿Con qué adulto preferiría hablar su hijo/a sobre un problema? _____

¿Quién es responsable de la disciplina en el hogar? _____

¿Qué medidas disciplinarias se utilizan con más frecuencia (nalgadas, tiempo de descanso, correcciones verbales, etc.)? _____

¿Qué responsabilidades tiene su hijo/a en casa? _____

¿A qué hora se va su hijo/a a la cama? _____ ¿Duerme bien su hijo/a? Sí No

Si responde con No, por favor explique: _____

V. HISTORIAL DE LA ESCUELA

¿Le gusta la escuela a su hijo/a? Sí No

¿A cuál de los siguientes centros ha asistido su hijo/a? Preescolar Head Start Guardería

¿Se ha repetido algún grado? Sí No En caso afirmativo, ¿qué grado(s)? _____

¿Llega su hijo/a tarde o se ausenta de la escuela con frecuencia? Sí No En caso afirmativo, por favor explique: _____

¿Cuánto tiempo dedica su hijo/a a las tareas? _____

¿Cuánta ayuda necesita su hijo/a con las tareas? _____

Describa cualquier problema que su hijo/a tenga en la escuela: _____

¡Gracias por compartir esta información sobre su hijo/a!

Firma de los padres/del tutor

Firma del entrevistador

Fecha