



¿Con qué frecuencia el **otro padre o madre** visita a este niño?

Semanalmente, o más frecuentemente  Una o dos veces por mes  Algunas veces por año  Nunca

¿Este niño es **adoptado**?  Sí  No Si la respuesta es sí, edad del niño cuando fue adoptado \_\_\_\_\_

¿Este niño tiene **otros padres o padrastros**?  Sí  No

Si la respuesta es sí, favor de proporcionar la siguiente información:

	Madre adoptiva, madrastra u otra (Encierre una)	Padre adoptivo, padrastro u otro (Encierre una)
Nombre:	_____	_____
Edad:	_____	_____
Grado escolar más alto terminado:	_____	_____
Oficio:	_____	_____
Domicilio:	_____	_____
Número telefónico:	_____	_____

Este **niño vive con**:

Ambos padres  Madre  Padre  Madre y padrastro  Padre y madrastra

Tutor legal  Otro (favor de especificar) \_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo este niño ha estado viviendo en esta situación? \_\_\_\_\_

Favor de anotar todos los hermanos del niño, y la relación con el mismo:

Hermanos del niño	Relación			¿Vive en el hogar?				
	Nombre	Edad	Género	Completo	Medio	Hermanastro	Sí	No
1. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
5. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Favor de anotar cualquier **otra persona** que viva en el hogar:

Nombre	Relación con el niño
1. _____	_____
2. _____	_____

Ingresos de la familia:  \$00,000 - \$12,000  \$20,001 - \$24,000  \$33,001 - \$37,000  
 \$12,001 - \$16,000  \$24,001 - \$28,000  \$37,001 - \$41,000  
 \$16,001 - \$20,000  \$28,001 - \$33,000  más de \$41,000

Favor de marcar los antecedentes de cada uno de los siguientes:

	Niño	Madre	Padre
<b>Origen étnico</b>			
1. Hispano o latino	( )	( )	( )
2. No hispano o latino	( )	( )	( )
3. Desconocido	( )	( )	( )
<b>Raza</b>			
a. Afroamericano o negro	( )	( )	( )
b. Asiático	( )	( )	( )
c. Caucásico o blanco	( )	( )	( )
d. Nativo americano o de Alaska	( )	( )	( )
e. Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico	( )	( )	( )
f. Otro: _____	( )	( )	( )
f. Desconocida	( )	( )	( )

A veces elementos de los antecedentes o de la identidad del niño son importantes para comprender al niño. Al hablar de antecedentes o identidad, nos referimos a las comunidades a las que pertenece, a los idiomas que habla, de donde es o de donde es su familia, a su raza o a sus antecedentes étnicos, a su género o su orientación sexual, y a su fe o religión.

¿Piensa que existan elementos en los **antecedentes** o en la **identidad** de su hijo que debemos saber? Si respondió que sí, por favor describa estos elementos y cómo impactan la vida de su hijo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuál es el **idioma principal** que se habla en el hogar? \_\_\_\_ Inglés \_\_\_\_ Español Otro: \_\_\_\_\_

¿El niño habla otro idioma aparte del inglés? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Si respondió que sí, ¿Cuál(es) idioma(s)? \_\_\_\_\_ ¿A qué edad el niño empezó a hablar este idioma? \_\_\_\_\_

¿Qué es lo que **disfruta** más acerca de este niño? \_\_\_\_\_

¿Qué es lo más **difícil** acerca de la crianza de este niño? \_\_\_\_\_

¿Usualmente quién es el encargado de la **disciplina** en el hogar? \_\_\_\_\_

¿Todas las personas al cuidado del niño están de acuerdo con la disciplina? \_\_\_\_\_

Describe las técnicas de disciplina: \_\_\_\_\_

### **EL EMBARAZO Y EL PARTO**

Edad de la madre durante el embarazo de este niño: \_\_\_\_\_ Edad del padre durante el embarazo de este niño: \_\_\_\_\_

¿Cuándo empezaron los cuidados prenatales para este niño? \_\_\_\_\_

**Salud** de la madre **durante** el embarazo: \_\_\_\_ Excelente \_\_\_\_ Razonable \_\_\_\_ Pobre

Favor de marcar cualquiera de las siguientes condiciones que la madre tuvo durante el embarazo de este niño:

____ Sarampión	____ Hinchazón excesiva	____ Problemas emocionales
____ Rubéola	____ Vómito excesivo	____ Lesión/accidente
____ Fiebre alta	____ Mala nutrición	____ Placenta abrupta
____ Hipertensión/toxemia	____ Aumento de peso anormal	____ Placenta previa
____ Diabetes	____ Radiografías (¿en qué mes?) _____	

\_\_\_\_ ¿**Hospitalizaciones/cirugías**? Si respondió que sí, favor de describir: \_\_\_\_\_

\_\_\_ ¿Tomó **medicamentos durante** el embarazo? Si respondió que sí, favor de describir: \_\_\_\_\_

\_\_\_ ¿Otras complicaciones? Favor de describir \_\_\_\_\_

**Substancias utilizadas durante el embarazo:**

\_\_\_ Cigarrillos: Si respondió que sí, ¿cuántos? \_\_\_\_\_ por (\_\_\_ día \_\_\_ semana)

\_\_\_ Alcohol: Si respondió que sí, ¿cuántas bebidas? \_\_\_\_\_ por (\_\_\_ día \_\_\_ semana \_\_\_ mes)

\_\_\_ Drogas: Si respondió que sí, describa que tipo de droga (s), la frecuencia de uso y cuando se usaron durante el embarazo \_\_\_\_\_

Este niño nació: \_\_\_ A tiempo \_\_\_ Temprano \_\_\_ Tarde Duración del embarazo: \_\_\_ Semanas

Tipo de parto: \_\_\_ Espontáneo \_\_\_ Inducido Duración del parto: \_\_\_ horas

Tipo de **nacimiento**: \_\_\_ Cefálico \_\_\_ Parto de nalgas \_\_\_ Cesárea \_\_\_ Succión o fórceps utilizados  
\_\_\_ Cordón enredado en el cuello \_\_\_ Cordón umbilical al frente \_\_\_ Hemorragia \_\_\_ Bebé lastimado durante  
embarazo. \_\_\_ Otro (describalo) \_\_\_\_\_

**El peso de este niño al nacer:** \_\_\_\_\_ Tiempo de hospitalización: Madre: \_\_\_\_\_ días  
Niño/a: \_\_\_\_\_ días

Marque cualquiera de las siguientes situaciones que tuvo el/la niño/a durante el parto o la primera semana de vida:

\_\_\_ Dificultad para respirar, si respondió que sí, describalo: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Oxígeno complementario, si respondió que sí, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

\_\_\_ Convulsiones \_\_\_ Problemas de alimentación \_\_\_ Vómito excesivo \_\_\_ Fiebre

\_\_\_ Ictericia \_\_\_ Utilizaron luces de bilirrubina \_\_\_ Drogas o medicamentos necesarios

\_\_\_ Otras complicaciones (describalos): \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DEL DESARROLLO**

¿Existen (o existió) alguna preocupación acerca del desarrollo de este niño? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Si respondió que sí, explíquelo \_\_\_\_\_

Describe a este niño/a como bebé o como niño/a pequeño/a (marque todas las que correspondan):

\_\_\_ Activo \_\_\_ Adorable \_\_\_ Enfermizo \_\_\_ Cólicos

\_\_\_ Calmado \_\_\_ Difícil de satisfacer \_\_\_ Problemas de respiración \_\_\_ Lento en el desarrollo

\_\_\_ Fácil \_\_\_ Complicado \_\_\_ Infecciones de oídos frecuentes \_\_\_ Se mecía mucho

\_\_\_ Feliz \_\_\_ Lloraba frecuentemente \_\_\_ Problemas de sueño \_\_\_ Se daba cabezazos

\_\_\_ Poco contacto visual \_\_\_ Otros problemas (especifique): \_\_\_\_\_

Escriba la edad aproximada del niño cuando hizo lo siguiente:

Destreza motora

Se sentó sin ayuda \_\_\_\_\_

Gateó, se arrastró \_\_\_\_\_

Se paró sin ayuda \_\_\_\_\_

Caminó solo \_\_\_\_\_

Destreza motora fina

Recogió objetos pequeños \_\_\_\_\_

Comió por si solo \_\_\_\_\_

Agarró un crayón \_\_\_\_\_

Lenguaje

Dijo "mama/dada" \_\_\_\_\_

Pronunció sus primeras palabras \_\_\_\_\_

Habló oraciones de 2 o 3 palabras \_\_\_\_\_

Habló en oraciones completas \_\_\_\_\_

Baño

Aprendió a ir a orinar \_\_\_\_\_

Aprendió a ir a defecar \_\_\_\_\_

¿El niño ha recibido algún tipo de servicio de **intervención** entre las edades de los 0 a los 3 años?

¿Terapia del habla o del lenguaje?  Sí  No

¿Terapia ocupacional?  Sí  No

¿Terapia física?  Sí  No

### **ANTECEDENTES ESCOLARES**

¿El niño va o fue a la escuela **preescolar**?  Sí  No Si respondió que sí, ¿a qué edad? \_\_\_\_\_

Cantidad de tiempo al día: \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ días/semana

¿Algún problema en la escuela preescolar?  Sí  No Si respondió que sí, descríbalos \_\_\_\_\_

---

¿Este niño ha recibido la evaluación llamada **Child Find**?  Sí  No Si respondió que sí, ¿cuáles fueron los resultados?: \_\_\_\_\_

¿El niño recibió **servicios de intervención** en la escuela preescolar?  Sí  No Si respondió que sí, descríbalos: \_\_\_\_\_

---

¿Este niño va o a ha ido al **jardín de niños**?  Sí  No

¿Algún problema en el **jardín de niños**?  Sí  No Si respondió que sí, descríbalos \_\_\_\_\_

---

¿A qué **escuela** asiste el niño? \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

¿Este niño ha **repetido** algún grado escolar?  Sí  No Si respondió que sí, ¿Cual grado? \_\_\_\_\_

¿Este niño ha **salteado** algún grado escolar?  Sí  No Si respondió que sí, ¿Cual grado? \_\_\_\_\_

¿Este niño tiene o ha tenido problemas con **matemáticas**?  Sí  No Si respondió que sí, explíquelo: \_\_\_\_\_

---

¿Este niño tiene o ha tenido problemas con la **lectura**?  Sí  No Si respondió que sí, explíquelo: \_\_\_\_\_

---

¿Este niño tiene o ha tenido problemas con el **deletreo o la escritura**?  Sí  No Si respondió que sí, explíquelo: \_\_\_\_\_

---

¿Este niño alguna vez ha sido **evaluado en el pasado** (p. ej. educación especial, intelectual, escolar, del lenguaje o del habla, psicológicamente, en el desarrollo)?  Sí  No Si respondió que sí, explíquelo: \_\_\_\_\_

---

Favor de encerrar si su hijo alguna vez ha recibido alguna de las siguientes:

Equipo de Asistencia del Estudiante (SAT, por sus siglas en inglés)

**Ahora Pasado Nunca**

Plan de Educación Individualizado (IEP, por sus siglas en inglés)

**Ahora Pasado Nunca**

Plan 504

**Ahora Pasado Nunca**

Si respondió que sí, ¿cuál es (o cual era) la discapacidad principal (p.ej. la causa por la cual su hijo califica(ba)?)

Discapacidad específica del aprendizaje

Discapacidad intelectual

Lesión cerebral traumática

Deterioro del lenguaje o del habla

Autismo

Disturbio emocional

Algún otro deterioro de salud

Favor de encerrar si su hijo alguna vez ha recibido alguno de los siguientes **servicios de educación especial**:

Terapia del habla o del lenguaje	<b>Ahora</b>	<b>Pasado</b>	<b>Nunca</b>	Trabajo social o consejería	<b>Ahora</b>	<b>Pasado</b>	<b>Nunca</b>
Terapia ocupacional	<b>Ahora</b>	<b>Pasado</b>	<b>Nunca</b>	Plan de intervención de conducta	<b>Ahora</b>	<b>Pasado</b>	<b>Nunca</b>
Terapia física	<b>Ahora</b>	<b>Pasado</b>	<b>Nunca</b>	Otro: _____	<b>Ahora</b>	<b>Pasado</b>	<b>Nunca</b>

Si actualmente está recibiendo educación especial, ¿Cuál es la configuración de los servicios de educación especial?

\_\_\_ Solamente configuración de servicios de inclusión (p. ej. toda la educación especial proporcionada en el salón de clases regular).

\_\_\_ Servicios principalmente segregados (p. ej. todos los estudios requeridos proporcionados en un salón de clases de educación especial o segregada).

\_\_\_ Configuración combinada (p. ej. algunas clases en salón para educación especial o segregada y algunas en salón regular).

Si fue combinada, favor de anotar las clases proporcionadas en configuración de inclusión: \_\_\_\_\_

Favor de anotar las clases que fueron proporcionadas en configuración de segregación: \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MÉDICOS**

Si el niño ha tenido cualquiera de lo siguiente, favor de marcarlo y anotar la edad (años y meses)

___ Sarampión	___ Problemas de peso o apetito	___ Aturdimientos o mareos
___ Meningitis o encefalitis	___ Problemas de sueño	___ Anemia
___ Convulsiones	___ Problemas de la vista	___ Envenenamiento
___ Diabetes	___ Problemas de audición	___ Fiebre alta persistente
___ Contusión o lesión de cabeza	___ Hipertensión o problemas cardiacos	___ Asma
___ Dolor de cabeza o migrañas	___ Dolor crónico	

Favor de describir cualquier **cirugía o enfermedad seria**:

Edad

_____	_____
_____	_____
_____	_____

<b>Medicamentos actuales:</b>	Nombre	Dosis/Frecuencia	Recetada por
-------------------------------	--------	------------------	--------------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Existe alguna preocupación con la **salud física** de este niño? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Si respondió que sí, descríballo: \_\_\_\_\_

¿Quién es el **pediatra** de este niño? \_\_\_\_\_

¿Este niño ha tenido un examen de **la vista** recientemente? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

¿Este niño usa lentes? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

¿Este niño ha tenido un examen de **audición** recientemente? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

¿Este niño usa aparato para la sordera? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

¿Este niño ha tenido un **examen neurológico**? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Si respondió que sí, escriba el nombre del neurólogo: \_\_\_\_\_

Fecha del examen: \_\_\_\_\_ Causa del examen: \_\_\_\_\_

Resultados: \_\_\_\_\_

¿Este niño ha tenido alguna vez un **electroencefalograma** (EEG, por sus siglas en inglés)? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Si respondió que sí, ¿cuándo fue, cuál fue la razón y cuáles fueron los resultados? \_\_\_\_\_

---

¿Este niño ha tenido alguna vez una **imagen de resonancia magnética** o una **tomografía computarizada** (MRI o CT, por sus siglas en inglés)? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Si respondió que sí, ¿cuándo fue, cuál fue la razón y cuáles fueron los resultados? \_\_\_\_\_

**Antecedentes cognitivos, de comportamiento, sociales y mentales**

Favor de encerrar si su hijo **tiene** o **ha tenido** en el pasado cualquiera de los siguientes problemas o dificultades:

Problemas académicos de aprendizaje	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>	Creencias o delirios inusuales	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>
Problemas para aprender habilidades de vida	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>	Alucinaciones	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>
Procesamiento mental lento	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>	Hiperactividad	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>
Memoria a corto plazo	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>	Período de atención corto	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>
Memoria a largo plazo	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>	Pocas capacidades auditivas	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>
Problemas de conciencia espacial	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>	Baja concentración	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>
Coordinación motora gruesa	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>	Baja organización	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>
Coordinación motora fina	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>	Distracción	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>
Orinar la cama	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>	Mal juicio	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>
Problemas de defecarse	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>	Poco control de temperamento	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>
Malas relaciones con compañeros	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>	Poco control de impulsos	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>
Prefiere jugar solo	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>	Poca tolerancia a la frustración	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>
Prefiere jugar con niños más pequeños	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>	Incumplimiento	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>
Comportamientos repetitivos	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>	Mentiras	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>
Dificultades de procesamiento sensorial	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>	Demasiadas peleas	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>
Ansiedad o miedos	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>	Abuso de drogas o alcohol	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>
Depresión	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>	Escapado de la casa	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>
Pensamientos suicidas	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>	Problemas con la ley	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>
Cortarse o lastimarse a sí mismo	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>	Encender fuegos	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>
Trastorno de alimentación	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>	Absentismo escolar	<b>Presente</b>	<b>Pasado</b>

¿Cuáles **actividades** disfruta este niño (p.ej. deportes, pasatiempos, música, arte)? \_\_\_\_\_

---

¿Alguna vez este niño ha sido **abusado** sexualmente o ha sido **desatendido** o **abandonado**? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Si respondió que sí, favor de explicarlo: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez este niño ha sido removido del hogar debido a **abuso** o **negligencia**? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

Si respondió que sí, favor de explicarlo: \_\_\_\_\_

¿Piensa usted que este niño haya tenido alguna situación posiblemente **traumática** o **estresante** que tal vez haya impactado su desarrollo y su funcionamiento actual? Si respondió que sí, favor de describir el incidente, incluyendo la edad del niño en ese tiempo.

---

¿Alguna vez este niño ha estado en problemas con la ley?  Sí  No Si respondió que sí, favor de explicarlo:

---

¿Alguna vez este niño ha recibido **tratamiento de salud mental**, tal como consejería (ya sea individual o familiar)?  
 Sí  No Si respondió que sí, favor de anotar tratamientos actuales, el nombre del consejero y cuando fue atendido este niño:

---

---

### **ANTECEDENTES FAMILIARES**

Favor de indicar si alguno de los familiares de este niño tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones (especialmente los hermanos, padres y abuelos):

#### **Relación con este niño**

Alcoholismo	_____
Ansiedad/fobias	_____
Trastorno de déficit de atención/hiperactividad	_____
Trastorno del espectro autista	_____
Trastorno bipolar (depresión maníaca)	_____
Parálisis cerebral	_____
Depresión	_____
Abuso de drogas	_____
Epilepsia (convulsiones, ataques)	_____
Temperamento explosivo	_____
Trastornos genéticos	_____
Hospitalizado por enfermedad mental	_____
Problema del habla o del lenguaje	_____
Trastornos o problemas de aprendizaje	_____
Retraso mental	_____
Migraña	_____
Condiciones neurológicas (derrame cerebral)	_____
Problemas para leer	_____
Esquizofrenia	_____
Tartamudeo	_____
Suicidio	_____
Síndrome de Tourette	_____

Favor de indicar si el niño o familiares cercanos de él, tienen o han tenido alguna otra condición médica de gravedad:

Condición(es) médica(s)

Miembro de la familia

---

---

---

---

**Información adicional**

Favor de agregar cualquier otra información que crea pueda sernos de utilidad

---

---

---