



Educación Especial Estudiantil
Historial Desarrollo Social

Toda información permanecerá confidencial

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

Historia Familiar

Formulario de Historia Familiar con campos para: Nombre del niño(a), Fecha de Nacimiento, Domicilio o residencia, Teléfono, Escuela, Grado, Estudiante #, Quién completa esta forma?, Padre, madre/Guardián #1 y #2, Edad, Grado Completado, Ocupación, Nombre padrastro/madrastra, Estado Civil de los padres, ¿Hubo comportamientos/emociones de relevancia en el niño o niña?, De ser afirmativo, favor detallar: Si ambos padres no están viviendo con el niño(a) ¿Existe algún acuerdo de visitas?, Hermanos(as)/edades, Otras personas en el hogar, Idioma hablado en casa, Años viviendo en USA, Otro(s) idioma(s) hablado(s) en casa, Adoptado(a) Sí No, ¿Hay alguno de los parientes relacionados con lo siguiente?, Problemas Lenguaje/Habla, Dificultades académica, Discapacidad física, Enfermedad/condición mental.

Historial de Salud

Favor marcar todas las que apliquen

Lista de problemas de salud con casillas de selección: Problemas de balance, Náuseas, Convulsiones, Problemas auditivos, Dolores de cabeza frecuentes, Cansancio y debilidad, Problemas emocionales, Heridas en la cabeza, Dificultad de coordinación, Epilepsia, Alergias, Aparato auditivo, Dificultades de memoria, Presión alta, Pérdida de conciencia, Espejuelos, Mareo, Fiebre alta, Diabetes, Dificultad visual, Tics, Asma, Problemas estomacales, Otro: \_\_\_\_\_

Favor explicar lo marcado arriba: \_\_\_\_\_

Historial desarrollo médico

Formulario de Historial desarrollo médico con campos para: ¿Fue embarazo a término?, ¿Prematuro?, ¿Estuvo la madre bajo supervisión médica?, ¿Cómo fue la salud de la madre antes/durante y después del embarazo?, ¿Complicaciones de parto?, También ¿defectos al nacer? Favor explicar: ¿Historial de fumar, tomar o consumo de drogas?, De ser afirmativo, la madre favor explicar: ¿Problemas de alimentación, sueño o respiración? Favor explicar:

## Historial Desarrollo médico

(Continuación)

¿Hubo algún problema de crecimiento y Desarrollo durante los primeros años?      Sí     No

De ser afirmativo, favor explicar: \_\_\_\_\_

Edad cuando: Gateó: \_\_\_\_\_ Caminó: \_\_\_\_\_ Uso del baño: \_\_\_\_\_

Primera palabra: \_\_\_\_\_ Primera oración corta: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido su hijo evaluaciones médicas especiales?      Sí     No

De ser afirmativo, favor explicar: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo alguna situación médica actual?      Sí     No

De ser afirmativo, favor explicar: \_\_\_\_\_

¿Está su hijo(a) medicado(a)?      Sí     No

De ser afirmativo, favor proveer listado: \_\_\_\_\_

¿Historial de enfermedad, accidente, operación, hospitalización?      Sí     No

De ser afirmativo, favor explicar: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido su hijo(a) consejería/psicoterapia?      Sí     No

De ser afirmativo, favor explicar: \_\_\_\_\_

¿Ha estado su hijo(a) en orfanato?       Sí       No

De ser afirmativo, favor explicar: \_\_\_\_\_

¿Ha estado algún familiar involucrado con el Departamento de Familias?       Sí       No

De ser afirmativo, favor explicar: \_\_\_\_\_

¿Existe historial de abuso alguno?       Sí       No

De ser afirmativo, favor explicar: \_\_\_\_\_

¿Ha reprobado en la escuela?       Sí       No

De ser afirmativo, favor explicar: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna vez su hijo(a) problemas      Sí     No

de comportamiento o académicos en la escuela?

De ser afirmativo, favor explicar: \_\_\_\_\_

## Historial de Conducta

Marque todas las que apliquen

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tantrums                                      | <input type="checkbox"/> Luce triste                                   | <input type="checkbox"/> Se rinde fácilmente                            |
| <input type="checkbox"/> Llora excesivamente                           | <input type="checkbox"/> desobedece                                    | <input type="checkbox"/> No sigue direcciones                           |
| <input type="checkbox"/> Miedos inusuales                              | <input type="checkbox"/> Período corto de atención                     | <input type="checkbox"/> Compulsividad                                  |
| <input type="checkbox"/> Torpeza caminando/caídas frecuentes           | <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir                        | <input type="checkbox"/> Dificultades para alimentarse                  |
| <input type="checkbox"/> Mojar cama/defecar                            | <input type="checkbox"/> Huye de casa                                  | <input type="checkbox"/> Culpa a otros de los problemas                 |
| <input type="checkbox"/> Se frustra fácil                              | <input type="checkbox"/> Solitario                                     | <input type="checkbox"/> No parece escuchar                             |
| <input type="checkbox"/> Se distrae fácil                              | <input type="checkbox"/> Cambios de humor                              | <input type="checkbox"/> Necesita mucha supervisión                     |
| <input type="checkbox"/> Dificultades de separación                    | <input type="checkbox"/> Demasiado sensible a las críticas             | <input type="checkbox"/> Agresivo/pelea con otros No                    |
| <input type="checkbox"/> permanece quieto en un lugar                  | <input type="checkbox"/> No juega con otros niños                      | <input type="checkbox"/> Comportamiento autolesivo                      |
| <input type="checkbox"/> Le disgusta ser tocado/ Evita contacto físico | <input type="checkbox"/> Comportamientos repetitivos                   | <input type="checkbox"/> No termina trabajos                            |
| <input type="checkbox"/> Duerme excesivamente                          | <input type="checkbox"/> Dificultad concentrándose o poniendo atención | <input type="checkbox"/> Incendio                                       |
| <input type="checkbox"/> Falta de confianza en sí mismo                | <input type="checkbox"/> A menudo actúa sin pensar                     | <input type="checkbox"/> Falta de interés o agrado                      |
| <input type="checkbox"/> Correr o se trepar excesivamente              | <input type="checkbox"/> Comportamiento/intento suicida                | <input type="checkbox"/> Cambia excesivamente de una a actividad a otra |

¿Cómo cree usted que se siente hijo(a) acerca de sí mismo(a)? \_\_\_\_\_

¿Es su hijo(a) muy susceptible a todo? \_\_\_\_\_

¿Cómo describe el comportamiento de su hijo(a) en casa? \_\_\_\_\_

¿Muestra su hijo comportamientos inusuales? \_\_\_\_\_

¿Cómo interactúa su hijo(a) con amigos/hermanos? \_\_\_\_\_

¿Cómo definiría la personalidad de su hijo(a)? \_\_\_\_\_

¿Hay algo que usted quiera agregar acerca de su hijo o la familia? \_\_\_\_\_

Nombre del entrevistador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Posición del entrevistador: \_\_\_\_\_