



SPECIAL EDUCATION DEPARTMENT

I. INFORMACION DE IDENTIFICACION

Fecha de Hoy: _____

Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Hombre
Mujer

Dirección: _____ Código Postal: _____ Escuela de Residencia: _____

de Tel. Casa: _____ # Tel. Cel Trabajo: _____ email: _____ Idioma principal
que se habla en casa: _____ / _____ % niño/a expuesto a este idioma lenguaje

Idioma secundario que se habla en casa: _____ / _____ % niño/a expuesto a este idioma

Idioma(s) que habla el niño(a) en casa: _____

Otro idioma que esta expuesto el/la niño(a) en casa: _____

¿Quién lo refirió a nuestro programa? Children's Hospital Oakland Kaiser Regional Center East Bay (RCEB)
Otro: _____

II. PREOCUPACIONES

¿Cuál es su principal preocupación en cuanto a su hijo(a)? Describa detalladamente. _____

¿Ha sido su niño diagnosticado con cualquier condición que afecte su desarrollo? No Si: favor explicar.

III. HISTORIAL FAMILIAR

Nombre del

Padre/Madre: _____ Edad: _____ Nivel de Educación: _____

¿Algún problema de aprendizaje, desarrollo o de salud? Si su respuesta es si, favor describa. _____

Nombre del Padre/Madre: _____ Edad: _____ Nivel de Educación: _____

¿Algún problema de aprendizaje, desarrollo o de salud?, Si su respuesta es si, favor describa. _____

Nombre de Hermanos(as)	Edad	¿A que escuela Asiste/Problemas?
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Viven ambos padres en casa? No Si

Hay Historia en la Familia de:	SI	NO	Parentesco con el/la Niño(a)
Retrasos en el Habla	_____	_____	_____
Retrasos en el Desarrollo	_____	_____	_____
Autismo	_____	_____	_____
Discapacidades en el Aprendizaje	_____	_____	_____
Otro _____	_____	_____	_____

¿Han sucedido experiencias o cambios en la casa/familia que hayan podido tener un impacto en su niño(a) (divorcio, muerte, cambios frecuentes de vivienda, enfermedad prolongada)? _____

III. HISTORIALPRE- NATAL NO SI DESCRIBA

Enfermedades durante el Embarazo _____



SPECIAL EDUCATION DEPARTMENT

Accidentes durante el Embarazo ___ ___ _____

Expuesta a Toxinas o Rayos X ___ ___ _____

Cigarrillo, Drogas, Alcohol ___ ___ _____

Otras complicaciones ___ ___ _____

Medicamentos ___ ___ _____

IV. INFORMACION NATAL

Termino Completo Prematuro(a): ¿Cuántas semanas? _____ Se pasó del término: ¿Cuántos días/semanas? _____

¿El cuidado Prenatal empezó en que mes? _____ Parto vaginal Cesárea Brecha

¿Problemas durante el parto? _____

Peso al nacer: _____ Largo: _____ Apgar Score, Si lo sabe: _____

Condición: Buena Ictericia (amarillo) Problemas Respiratorios Problemas con la Alimentación

¿Problemas/Tratamientos después del nacimiento? No Si: Explicar (ejem. Oxígeno, intubación, luces de bilirrubina, cirugía, o extensión ¿Se requirió Hospitalización?). _____

¿Tuvo alguna dificultad para comer o dormir cuando era recién nacido? No Si: Explicar. _____

VI. HISTORIAL DE SALUD

Tiene el/la niño(a) historial de:	NO	SI	DESCRIBIR (Qué /Cuándo?)	TRATAMIENTO
Infecciones en el Oído	___	___	¿Cuántas? _____	_____
Ataques	___	___	_____	_____
Cirugías	___	___	_____	_____
Enfermedades Serias	___	___	_____	_____
Alergias	___	___	_____	_____
Traumas en la Cabeza	___	___	_____	_____
Problemas con el Corazón	___	___	_____	_____
Síndrome Especial	___	___	_____	_____
Toma Medicamento	___	___	_____	_____
Otro	___	___	_____	_____

	NO	SI, FECHA	Por Quién	RESULTADOS
Vision Evaluaciones	___	_____	_____	_____
Audición Evaluaciones	___	_____	_____	_____

HECHOS MEMORABLES DEL DEARROLLO	Edad aprox.	Edad Aprox.
Gateó con sus manos y rodillas	_____	Dejó de usar el chupo _____
Caminó sin necesitar ayuda	_____	Dejó el tetero _____
Dijo sus primeras palabras (que no fueran "mama", "papa")	_____	Utilizó el Baño _____
Combinó 2-3 palabras	_____	Jugo peek-a-boo _____