



**I. INFORMACIÓN IDENTIFICATIVA**

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Femenino/Masculino

Dirección: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Escuela de origen: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa/celular/trabajo: \_\_\_\_\_ correo electrónico: \_\_\_\_\_

Idioma principal que se habla en el hogar: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ % el niño está expuesto al idioma

Idioma secundario que se habla en el hogar: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ % de niño expuesto al idioma

Idioma(s) que habla el niño en casa: \_\_\_\_\_

**¿Quién lo refirió a nuestro programa?** Children's Hospital Oakland Kaiser Regional Center FRN Preescolar

Otro \_\_\_\_\_

¿Asiste su hijo a preescolar/guardería?      Sí      No

¿Cuál? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido su hijo alguna terapia?      Sí      No

¿Dónde/Cuáles? \_\_\_\_\_

**II. PREOCUPACIONES**

¿Cuáles son sus principales preocupaciones acerca de su hijo?

HABLA COMUNICACIÓN      COMPORTAMIENTO      TARTAMUDEA      AUTISMO

¿Qué edad tenía su hijo cuando se preocupó por primera vez? \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha sido diagnosticado con alguna condición que afecte el desarrollo? No Sí: En caso afirmativo, explique.

**FORTALEZAS:**

¿Cuáles son las fortalezas de su hijo/a que se le da bien? \_\_\_\_\_

Describe la disposición general de su hijo: encierre en un círculo todo lo que corresponda:

- |          |             |          |           |        |
|----------|-------------|----------|-----------|--------|
| Alegre   | Malhumorado | Exigente | Irritable | Tímido |
| Flexible | Fuerte      | Amable   | Ansioso   | Activo |

Otro: \_\_\_\_\_



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN ESPECIAL

**III. HISTORIA FAMILIAR**

(círcule 1- Madre o Padre) Nombre de los padres: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Nivel de educación: \_\_\_\_\_

¿Algún problema de aprendizaje, de desarrollo o de salud? En caso afirmativo, describa. \_\_\_\_\_

(círcule 1- Madre o Padre) Nombre de los Padres : \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Nivel de Educación: \_\_\_\_\_

¿Algún problema de aprendizaje, de desarrollo o de salud? En caso afirmativo, describa. \_\_\_\_\_

Nombres de los hermanos	Edad	Escuela a la que asisten/ ¿Problemas?
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Ambos padres viven en el hogar? No Si ¿Quién más vive en el hogar? \_\_\_\_\_

Hay antecedentes familiares de:	NO	SÍ	Relación con el niño
Retrasos en el habla	_____	_____	_____
Retrasos del desarrollo	_____	_____	_____
Autismo	_____	_____	_____
Dificultades de aprendizaje	_____	_____	_____
Problemas de salud mental	_____	_____	_____
Pérdida de la audición	_____	_____	_____

¿Ha habido experiencias o cambios en el hogar o la familia que puedan haber tenido un impacto en su hijo (divorcio, muerte, frecuentes cambios de residencia, enfermedades prolongadas)? \_\_\_\_\_

III. HISTORIA PRENATAL	NO	SI	DESCRIBA
Enfermedad durante el embarazo	_____	_____	_____
Accidentes durante el embarazo	_____	_____	_____
Exposición a toxinas, rayos X	_____	_____	_____
Cigarrillos, alcohol, drogas	_____	_____	_____
Otras complicaciones	_____	_____	_____
Medicamentos	_____	_____	_____

**IV. INFORMACIÓN DEL RECIÉN NACIDO**

Prematuro a término: ¿Cuántas semanas? \_\_\_\_\_ Parto vaginal Cesárea- ¿Por qué? \_\_\_\_\_

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ ¿Problemas durante el parto? \_\_\_\_\_



**DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN ESPECIAL**

Condición: Buena Ictericia (amarilla) Problemas respiratorios Problemas de alimentación

¿Problemas/Tratamiento después del parto? No Sí: En caso afirmativo, explique (p. ej., oxígeno, intubación, lámparas de bilirrubina, cirugía o se requiere hospitalización?) \_\_\_\_\_

¿Alguna dificultad con la alimentación o el sueño durante el período de recién nacido? No Sí \_\_\_\_\_

**VI. HISTORIA DE SALUD**

¿Tiene el niño antecedentes de:	NO	SÍ	DESCRIBA (¿Qué/Cuándo?)	TRATAMIENTO
Infecciones de oído	___	___	¿Cuántas? _____	_____
Convulsiones	___	___	_____	_____
Cirugías	___	___	_____	_____
Enfermedades graves	___	___	_____	_____
Alergias	___	___	_____	_____
Trauma de la cabeza	___	___	_____	_____
Problemas del corazón	___	___	_____	_____
Síndrome Especial	___	___	_____	_____
Toma algún medicamento	___	___	_____	_____
Otro	_____			

¿Nombre del médico del niño? \_\_\_\_\_ Grupo médico: \_\_\_\_\_

	NO	SI	FECHA	Por QUIEN	RESULTADOS
Prueba de visión	___	___	_____	_____	_____
Prueba de audición	___	___	_____	_____	_____

**V. HITOS DEL DESARROLLO Aprox. Edad Aprox. Años**

Gateó sobre manos y rodillas \_\_\_\_\_ Destetado del chupete \_\_\_\_\_  
 Caminó sin necesidad de apoyo \_\_\_\_\_ Destetado del biberón \_\_\_\_\_  
 Habló las primeras 10 palabras \_\_\_\_\_ Aprendió a usar el baño \_\_\_\_\_  
 2-3 palabras combinadas \_\_\_\_\_

¿Ha perdido su hijo alguna habilidad? No Sí: En caso afirmativo, describa en detalle qué habilidades se perdieron y cuándo

**VI. HABILIDADES DE AUTOAYUDA**

¿Qué usa su hijo para alimentarse? Cuchara Tenedor Manos Padre les da de comer



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN ESPECIAL

¿De qué bebe su hijo?      Copa abierta      Sippy Cup      Biberón con pajita

¿Su hijo come lo que usted hace o es quisquilloso? \_\_\_\_\_

¿Su hijo se viste y se desviste solo? \_\_\_\_\_

¿Está su hijo entrenado para ir al baño durante el día?      Sí      NO      Todavía en pañales

**VIII. HABILIDADES LINGÜÍSTICAS**

**HABILIDADES DEL LENGUAJE RECEPTIVO: COMPRENSIÓN DEL LENGUAJE**

1. ¿Su hijo señala las partes de su cuerpo (orejas, ojos, nariz, boca, etc.)? \_\_\_\_\_

2. ¿Su hijo sigue sus instrucciones (ve a tirar su basura en la basura, ve a traer tu zapatos)? \_\_\_\_\_

3. ¿Su hijo necesita que usted señale lo que le está pidiendo que haga? \_\_\_\_\_

4. ¿Su hijo necesita que le repita sus preguntas para entenderlas? \_\_\_\_\_

5. ¿Su hijo sigue las preguntas con quién, dónde, cuándo? \_\_\_\_\_

**LENGUAJE EXPRESIVO: USO DE GESTOS/ PALABRAS PARA COMUNICARSE**

1. ¿Utiliza su hijo(a) principalmente palabras? \_\_\_\_\_

2. ¿La mayoría de las veces su hijo le jala objetos y le señala para comunicarse? \_\_\_\_\_

3. ¿Junta palabras su hijo para formar frases u oraciones? \_\_\_\_\_

4. ¿Cuánto entiende usted del habla de su hijo (25 %, 50 %, 75 %, 90%) \_\_\_\_\_

5. ¿Su hijo le hace preguntas? \_\_\_\_\_

6. ¿Su hijo se chupa el pulgar, los dedos, la ropa, la lengua? \_\_\_\_\_

7. ¿Su hijo imita lo que dice (repite lo que le pide)? \_\_\_\_\_

**HABILIDADES DEL LENGUAJE SOCIAL**

1. ¿Juega su hijo con otros niños o la mayoría de las veces juega solo? \_\_\_\_\_

2. ¿Hay algún comportamiento que le preocupe? \_\_\_\_\_

3. ¿Su hijo hace contacto visual con los demás? \_\_\_\_\_

¿Algún otro comentario? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gracias por ayudarnos a comprender mejor a su hijo. Esperamos reunirnos con usted y su niño.

Este formulario fue completado por \_\_\_\_\_

Relación hacía el niño \_\_\_\_\_