

**Educación Especial del Distrito Escolar de Davis**  
**Formulario de Historia de Desarrollo del Niño**

*La información que se obtiene en este formulario es confidencial y será usada para propósitos educativos solamente.*

Fecha presente:

**Información General**

N° de Estudiante (ID):		Nombre del Estudiante (apellido, primer nombre):	
Fecha de Nacimiento:		Grado:	
Dirección (calle):		Ciudad:	
Estado:	Código Postal:	Teléfono:	
Estudiante vive con (nombre tutor legal/es o padre/s):		Relación/es:	
¿Cuántos hermanos y hermanas tiene el estudiante?	De sangre:	Medio hno./a:	Hermanastro/a:
Edades de los hermanos y hermanas que viven en el hogar:	Edad/es del hermano/s:	Edad/es de la hermana/s:	
Primer idioma hablado por el estudiante:		Lugar de nacimiento del estudiante:	
Idioma nativo del Padre/s o Tutor Legal/es:		Lugar/es de residencia anterior del estudiante:	

**Historia Educativa y Médica de la Familia**

¿Hay una enfermedad/es en la familia?	<input type="checkbox"/> Alcoholismo	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Cáncer: (tipo)	<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Otro: (describa)		
¿Hay otro miembro/s de la familia que ha tenido dificultad en la escuela? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Si respondió que Sí, describa la dificultad/es:		

**Historia de Nacimiento del Estudiante**

Edad de la madre cuando nació el estudiante:		Edad del padre cuando nació el estudiante:	
¿Cuántos embarazos tuvo la madre?		¿Qué número de embarazo fue este estudiante?	
Información del embarazo:	<input type="checkbox"/> a término	<input type="checkbox"/> Prematuro (¿Cuánto tiempo antes _____?)	<input type="checkbox"/> Hemorragia (sangrado) <input type="checkbox"/> Muchos vómitos
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la madre (por favor describa):			
<input type="checkbox"/> Por favor nombre el medicamento/s que tomó la madre durante el embarazo (no vitaminas):			

<b>Parto (alivio)</b>	Horas de parto:	<input type="checkbox"/> Cesárea	<input type="checkbox"/> Fórceps (pinzas)	<input type="checkbox"/> De nalgas
	Medicamento que recibió durante el parto:			
<b>Condición del bebé al nacer</b>	Peso:	Largo:	Puntaje de Prueba Apgar, si se sabe:	
	<input type="checkbox"/> Incubadora	<input type="checkbox"/> Dificultad para respirar	<input type="checkbox"/> Necesitó oxígeno	
	Duración en el hospital:			
	Otra información acerca de la condición del bebé en el momento de nacer:			

**Historia del Desarrollo**

Por favor, indique a qué edad el estudiante hizo lo siguiente:		
Sentarse:	Gatear:	Caminar:
Hablar (más de 2 palabras):	Dormir toda la noche:	Control de la vejiga:
Control de esfínter/intestino:	Ir al baño solo:	Estar seco de noche:

<b>Hábitos</b>	<input type="checkbox"/> Se chupa/chupó el dedo, ¿hasta qué edad?		
	<input type="checkbox"/> Frazada (cobija) o animal de tela preferido, ¿hasta qué edad?		
	<input type="checkbox"/> Pataleta/s	<input type="checkbox"/> Agresivo hacia los hermanos y/u otros niños	<input type="checkbox"/> Pasivo (difícil motivarlo/a)
	<input type="checkbox"/> Come pocas cosas	<input type="checkbox"/> Come bien	<input type="checkbox"/> Se golpea la cabeza
	<input type="checkbox"/> hiperactivo		
Otro hábito:			
<b>Hábitos de dormir actuales</b>	Horas de dormir promedio:		<input type="checkbox"/> Sueño liviano
	<input type="checkbox"/> Duerme profundamente	<input type="checkbox"/> Inquieto cuando duerme	<input type="checkbox"/> Pesadillas
	<input type="checkbox"/> Camina dormido	<input type="checkbox"/> Habla cuando duerme	<input type="checkbox"/> Duerme con los padres
	<input type="checkbox"/> Rechina los dientes	<input type="checkbox"/> Dificultad para dormirse	<input type="checkbox"/> Dificultad para ir a la cama
	Duerme en el cuarto con:		
<b>Conducta Social y Relaciones</b>	<b>Personalidad:</b>		
	<input type="checkbox"/> Amigable	<input type="checkbox"/> Tímido	<input type="checkbox"/> Imaginativo
	<input type="checkbox"/> Pasivo	<input type="checkbox"/> Líder	<input type="checkbox"/> Seguidor (dirigido)
	<input type="checkbox"/> Se influencia fácil por otros	<input type="checkbox"/> Distintos estados de ánimo	<input type="checkbox"/> Reacciona poco a eventos
	<input type="checkbox"/> Se entretiene a sí mismo	<input type="checkbox"/> Necesita recibir actividades	<input type="checkbox"/> Afectuoso
	<input type="checkbox"/> No le gustan los abrazos y/o contacto físico. <input type="checkbox"/> Otro hábito:		
	<b>Relaciones Sociales:</b>		
	<input type="checkbox"/> Prefiere amigos más pequeños	<input type="checkbox"/> Juega con otros niños	<input type="checkbox"/> Juega mejor con un estudiante
	<input type="checkbox"/> Interactúa mayormente con adultos	<input type="checkbox"/> Capaz de resolver un conflicto/s	<input type="checkbox"/> Necesita ayuda para resolver un conflicto/s
	<input type="checkbox"/> Agresivo con los amigos	<input type="checkbox"/> No tiene amigos	<input type="checkbox"/> Juega bien en grupo
<input type="checkbox"/> Otra conducta social:			
<b>Historia y Dinámica familiar</b>	<b>Relaciones Familiares:</b>		
	<input type="checkbox"/> Se lleva bien con los hermanos	<input type="checkbox"/> No se lleva bien con los hermanos	<input type="checkbox"/> Buena relación con el papá
	<input type="checkbox"/> Se lleva bien con las hermanas	<input type="checkbox"/> No se lleva bien con las hermanas	<input type="checkbox"/> Buena relación con la mamá
	Actualmente, no se lleva bien con: <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Otro:		
	Confía en: <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Otro:		
	<b>Actividades Familiares:</b>		
	<input type="checkbox"/> Capaz de pasar tiempo juntos el fin de semana	<input type="checkbox"/> Miran la TV juntos	
	<input type="checkbox"/> Come comidas juntos: <input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo	<input type="checkbox"/> Estudiante preferiría pasar tiempo con los amigos/as	
	<input type="checkbox"/> Actualmente, hay dificultad para tener tiempo y pasar tiempo juntos	<input type="checkbox"/> Otra actividad:	
	<b>Disciplina:</b>		
	<input type="checkbox"/> Es fácil para disciplinar	<input type="checkbox"/> Es fácil para disciplinar	
	<input type="checkbox"/> Madre lo/la disciplina	<input type="checkbox"/> Padre lo/la disciplina	
	<input type="checkbox"/> Actualmente, hay dificultad para encontrar una forma de disciplina con resultados positivos.		
	<b>Métodos de disciplina:</b>		
	<input type="checkbox"/> Tiene que ir al cuarto o sala	<input type="checkbox"/> Se le quitan privilegios	<input type="checkbox"/> Pega en la nalga/s
	<input type="checkbox"/> No puede ver TV	<input type="checkbox"/> Se le habla	<input type="checkbox"/> Nada parece funcionar
	<input type="checkbox"/> Otro método:		
<b>Tareas domésticas (en casa, del hogar):</b>			
¿Cuáles son las tareas domésticas que el estudiante tiene que hacer en el hogar?:			

	<input type="checkbox"/> No tiene tareas del hogar	<input type="checkbox"/> No cumple con las tareas del hogar	<input type="checkbox"/> Muy responsable con las tareas del hogar
	<b>Tipo/s de recompensa que le gusta a su hijo/a estudiante:</b>		
	<input type="checkbox"/> Comida	<input type="checkbox"/> Tiempo con los padres	<input type="checkbox"/> Ir a un lugar especial
	<input type="checkbox"/> Tiempo de juego	<input type="checkbox"/> Mirar la TV	<input type="checkbox"/> Juegos de video
	<input type="checkbox"/> Stickers (pegotines)	<input type="checkbox"/> Otra recompensa:	
	<b>Actividades Favoritas</b>		
	<input type="checkbox"/> Jugar afuera	<input type="checkbox"/> Jugar con juegos de mesa	<input type="checkbox"/> Dejar amigos venir a casa
	<input type="checkbox"/> Mirar TV	<input type="checkbox"/> Juegos de video	<input type="checkbox"/> Lectura
	<input type="checkbox"/> Comer	<input type="checkbox"/> Hacer algo con el padre/s	<input type="checkbox"/> Jugar solo
	<input type="checkbox"/> Deportes, ¿cuáles?		
	<input type="checkbox"/> Juego en equipo/s deportivo/s, ¿cuáles?		
	<b>Experiencias Traumáticas</b>		
	<input type="checkbox"/> Muerte de un miembro de la familia, ¿quién?		
	<input type="checkbox"/> Divorcio de los padres, ¿cuándo?		
	<input type="checkbox"/> Presenció violencia – por favor describa:		
	<input type="checkbox"/> Trauma emocional – por favor describa:		
<b>Historia de Salud y Datos Relevantes</b>	<b>Diagnóstico de enfermedad/es por el médico:</b>		
	<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Fiebre alta
	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Resfríos frecuentes
	<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes	<input type="checkbox"/> Foco epiléptico
	<input type="checkbox"/> Infecciones de oído, ¿a qué edad/es?		<input type="checkbox"/> Tubo/s en los oídos
	<input type="checkbox"/> Alergia/s a:		
	<input type="checkbox"/> Otra enfermedad:		
	<b>Accidentes:</b>		
	<input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza, por favor describa:		
	<input type="checkbox"/> Otros accidentes, por favor describa:		
	<input type="checkbox"/> Cirugía/s u operación/es, por favor describa:		
	<input type="checkbox"/> Prescripción médica	<input type="checkbox"/> Pasado:	<input type="checkbox"/> Presente:
	¿Experimenta su hijo/a estudiante dolores de estómago antes de ir a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	¿Experimenta su hijo/a estudiante dolores de cabeza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	¿Experimenta su hijo/a estudiante tics nerviosos en la cara? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Edad del último examen físico:		Edad del último examen dental:
	¿Usa su hijo/a estudiante anteojos (lentes)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si contestó que sí, usa anteojos por:			
<input type="checkbox"/> miopía (no puede ver los objetos a lo lejos)			
<input type="checkbox"/> hiperopía (no puede ver los objetos cerca)			
<b>Opinión del Padre/s</b>	¿Cuáles son las fortalezas (puntos fuertes) de su hijo/a?		
	¿Cuáles son las más grandes preocupaciones sobre su hijo/a estudiante?		
<b>Formulario terminado por:</b>		<b>Relación con el/la estudiante:</b>	

\_\_\_\_\_  
Firma del profesional de salud mental

\_\_\_\_\_  
Fecha