



Grants Pass School District 7

Parent Information/Developmental History

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de usted: _____ Fecha de este cuestionario: _____

Su relación con el estudiante: _____

1. ¿Cuáles son las destrezas y los intereses de su niño?

2. ¿Tiene usted alguna preocupacion acerca de su niño ahora?

3. ¿Cuánto hace que usted está preocupada? Haga el favor de explicar el problema:

4. Por favor haga una lista de eventos difíciles en la vida de su hijo durante los últimos años (mudanzas, divorcio, muerte de alguien, etc.):

5. Por favor haga una lista de todas las personas que viven en su casa:

6. Historia de problemas/preocupaciones en la familia (problemas de aprendizaje, asuntos de salud mental, problemas de drogas/alcohol):

7. ¿Ha tenido usted o cualquier otro miembro de su familia dificultades con la lectura, la escritura, o la ortografía?

8. Problemas en el embarazo/parto (complicaciones, problemas médicos, bebé prematuro, problemas al nacer, uso de tabaco/alcohol/drogas durante el embarazo, etc.):

9. Hechos significantes en la historia médica de su niño (por favor marque lo que corresponda y describa:

- _____ hospitalizaciones: _____
- _____ operaciones: _____
- _____ accidentes/lesiones: _____
- _____ fiebres altas o prolongadas: _____
- _____ infecciones del oído: _____
- _____ tubos para los oídos _____
- _____ asma: _____
- _____ alergias: _____
- _____ convulsiones: _____
- _____ tics: _____
- _____ problemas de dormir o digestivos: _____
- _____ problemas para ir al baño: _____
- _____ enfermedad crónica: _____
- _____ otros problemas médicos: _____

10. ¿Está su hijo tomando medicinas ahora? Si es así, por favor, escriba el nombre de la medicina, el propósito y la dosis:

11. Fecha del último examen físico:

12. Ha tenido su hijo exámenes del oído y de la vista?

13. Mirando las etapas de desarrollo, a que edad pudo el niño:

gatear _____ decir una palabra sola _____ saber que tiene ganas de ir al baño _____

caminar _____ decir más palabras juntas _____ dormir sin mojar la cama _____