

**COMITE DE EDUCACION ESPECIAL**  
**HISTORIA SOCIAL**

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Genero \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
Información Suplida Por \_\_\_\_\_ Relación con el Estudiante \_\_\_\_\_  
Entrevistador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**PADRES**

Nombre del Padre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado Escolar Completado \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_  
Empleo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_  
Cuantos Año de Empleo \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado Escolar Completado \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_  
Empleo \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_  
Cuantos Año de Empleo \_\_\_\_\_

Los padres viven juntos:  Si  No  
Si respondió **NO**, debido a:  Fallecido  Divorciado  Separados  Otra Razón

Con quien vive el Estudiante: \_\_\_\_\_

Quien es el Guardián Legal: \_\_\_\_\_

Cuántas veces ve el Estudiante al otro padre:  Cada semana  Una/Dos veces al mes  Otra

El Estudiante tiene Padrastrós:  No  Si Nombre y Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Otros adultos que viven con el Estudiante: \_\_\_\_\_

Que idioma hablan en la Casa: \_\_\_\_\_

Otros idiomas hablados en Casa: \_\_\_\_\_

Idioma primario del Estudiante: \_\_\_\_\_

**HERMANOS/HERMANAS**

Nombres de hermanos, hermanas y otros niños que viven con su familia:

Nombres	Fecha de Nacimiento	Genero	Relación con el Estudiante

**CUIDA DEL ESTUDIANTE**

Su hijo/a usa una niñera, un centro de cuidado (Day care) o un programa después de la escuela regularmente  Si  No Si respondió **Si**:

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Idioma \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE REMISION**

Porque refirieron a su hijo/a para una evaluación: \_\_\_\_\_

Que Usted ve como la mayor ari de dificultad para su hijo/a: \_\_\_\_\_

Su hijo/a ha estado en un programa de educación especial o a recibidos servicios remedador o tutoría: \_\_\_\_\_

Algún miembro de su familia tiene una deseabilidad (física, auditoria, emocional) Explique: \_\_\_\_\_

Hay problemas en la casa o en la comunidad que pueda estar afectando la actuación de su hijo/a en la escuela: \_\_\_\_\_

Hay algo más de importancia que debemos saber de su hijo/a o la educación de su hijo/a: \_\_\_\_\_

## **DESARROLLO/HISTORIAL MEDICO**

### **PARTO/EMBARAZO:**

1. Cuando su hijo/a nació: Edad de Madre: \_\_\_\_\_ Edad de Padre: \_\_\_\_\_

2. Estaba la madre bajo cuidado médico:  Si  No

Hubo problemas durante el embarazo:  Si  No

La madre estaba tomando medicamentos:  Si  No

3. El embarazo fue:  a Termino  Prematuro  Atrasado

Largo del parto: \_\_\_\_\_

Usaron anestesia  Si  No

Qué tipo de parto:  Recamara  Cesaría  Natural

Usaron Anestesia  Si  No

Cuanto peso él bebe \_\_\_\_\_

Tuvo complicaciones él bebe durante o después del parto: \_\_\_\_\_

La madre cuido al bebe después del parto:  Si  No

Si su respuesta es No, el nombre y la relación de la persona que cuido del bebe: \_\_\_\_\_

Problemas comiendo o durmiendo durante la infancia: \_\_\_\_\_

Otros eventos significantes que Usted piensa que son importante: \_\_\_\_\_

### **DESARROLLO:**

**Hitos del Desarrollo** – A qué edad el niño...

Gateo \_\_\_\_\_

Camino \_\_\_\_\_

Hablo \_\_\_\_\_

Aprendió a usar el baño \_\_\_\_\_

Alguna dificultad con lenguaje y habla:  No  Si: \_\_\_\_\_

Recibió terapia de lenguaje y habla:  No  Si

Algún problema orinando o defecando:  No  Si: \_\_\_\_\_

Razón medica por orinar o defecar en la cama:  No  Si: \_\_\_\_\_

### **HISTORIAL MEDICO:**

#### **Si contesto Si denos detalles y fechas:**

Alguna hospitalización o enfermedad seria:  No  Si: \_\_\_\_\_

Problemas con los oídos e infecciones:  No  Si: \_\_\_\_\_

Tubos en los oídos:  No  Si: \_\_\_\_\_

Evaluaciones Audiológicas:  No  Si: \_\_\_\_\_

Usa Lentes o Lentes de Contacto:  No  Si: \_\_\_\_\_

Problemas Físicos (alergias, dolores de estómago, caminando, etc....): \_\_\_\_\_

Su hijo/a ha tenido convulsiones:  No  Si: Cuando: \_\_\_\_\_

Si contesto **Si** su hijo/a ha visto a un neurólogo:  No  Si: Cuando: \_\_\_\_\_

Ha tomado medicamento regularmente durante los últimos 12 meses:  No  Si: \_\_\_\_\_

Si contesto Si, por favor de detalles: \_\_\_\_\_

Ha tomado medicamentos para amenorar el nivel de actividad:  No  Si: \_\_\_\_\_

Adonde lleva a su hijo/a para su cuidado médico: Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### **HISTORIAL ESCOLAR**

#### **PRE-ESCOLAR:**

Su hijo/a fue a:  Guardería (Day Care)  Grupo de juego  Escuela de Nursery

A qué edad: \_\_\_\_\_ Nombre de la Escuela/Centro: \_\_\_\_\_

Su hijo/a tuvo dificultades:

Separándose de sus padres/guardianes:  No  Si

Con rutina/disciplina:  No  Si

Con requisitos académicos:  No  Si

Si contesto **Si**, por favor de detalles: \_\_\_\_\_

#### **JARDÍN DE INFANCIA:**

Adonde: \_\_\_\_\_ Edad: (Desde septiembre 1 del año que comenzó el jardín de infancia): \_\_\_\_\_

Su hijo/hija tuvo dificultades:

Separándose de sus padres/guardianes:  No  Si

Con rutina/disciplina:  No  Si

Con requisitos académicos:  No  Si

Si contesto Si, por favor de detalles: \_\_\_\_\_

#### **PRIMER GRADO HASTA QUINTO GRADO:**

Nombre todas las escuelas y/o todos los distritos que asistió su hijo/a: \_\_\_\_\_

Su hijo/a tuvo que repetir algún grado:  No  Si: Indique cual grado(s) repitió: \_\_\_\_\_

Actuación de su hijo/hijo:  Excelente  Bien  Promedio  Pobre

Sentimientos de su hijo/a sobre la escuela:  Con ganas de ir  No le gusta  Trata de Evitar

Otros Comentarios: \_\_\_\_\_

Algún problema de cual el han explicado (académico/social): \_\_\_\_\_

Adonde/quien le explico sobre el problema: \_\_\_\_\_

Que hicieron: \_\_\_\_\_

Describe la actitud/hábitos de tarea: \_\_\_\_\_

### **SEXTO GRADO HASTA OCTAVO GRADO:**

Nombre todas las escuelas y/o todos los distritos que asistió su hijo/a: \_\_\_\_\_

Actuación de su hijo/a:  Excelente  Bien  Promedio  Pobre

Cuales materias son las más difícil para su hijo/a: \_\_\_\_\_

Algún problema de cual le han explicado (académico/social): \_\_\_\_\_

Adonde/quien le explico sobre el problema: \_\_\_\_\_

Que hicieron: \_\_\_\_\_

Describe la actitud/hábitos de tarea: \_\_\_\_\_

Hubo algún cambio en la actitud o actuación de su hijo/a: \_\_\_\_\_

### **NOVEN GRADO HASTA DUODECIMO GRADO:**

Nombre todas las escuelas y/o todos los distritos que asistió su hijo/a: \_\_\_\_\_

Actuación de su hijo/a:  Excelente  Bien  Promedio  Pobre

Cuales materias son las más difícil para su hijo/a: \_\_\_\_\_

Describe los hábitos de estudio de su hijo/a: \_\_\_\_\_

Planes post secundarios:  Universidad  Empleo  Entrenamiento Vocacional  Otro

Actividades extracurriculares: \_\_\_\_\_

Hubo algún cambio en la actitud o actuación de su hijo/a: \_\_\_\_\_

El/Ella trabaja:  No  Si: Numero de horas semanal: \_\_\_\_\_

Adonde: \_\_\_\_\_ Puesto: \_\_\_\_\_

### **FUNCIUNAMIENTO SOCIAL/EMOCIONAL**

#### **FAMILIA/RELACIONES INTERPERSONALES:**

1. Como describiría la personalidad de su hijo/a: (temperamento, comportamiento, etc.) \_\_\_\_\_

2. Que es lo que más disfruta de eso: \_\_\_\_\_

3. Con quien se lleva mejor su hijo/a: \_\_\_\_\_

4. Con quien tiene el/ella mas dificultad: \_\_\_\_\_

5. Tiene problemas con disciplina o otras preocupaciones con respecto a su hijo/a en este momento: \_\_\_\_\_

6. Su hijo/a ha recibido consejería  No  Si: A qué edad: \_\_\_\_\_

Razón: \_\_\_\_\_

Nombre del Terapeuta: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

7. Su hijo/a ha estado separado de un u otro de sus padres:  No  Si

Fechas: \_\_\_\_\_ Por cuanto tiempo y causa: \_\_\_\_\_

8. Su hijo/a se ha ido de la casa  No  Si: \_\_\_\_\_
9. Su hijo/a ha tenido problemas con la ley  No  Si: \_\_\_\_\_

**RELACIONES CON SUS COMPANEROS:**

**Indique debajo como su hijo/hija se relaciona con sus compañeros:**

- Dificultades con relaciones/jugando con otros niños  No  Si
- Pela frecuentemente con sus compañeros  No  Si
- Prefiere jugar con niños más joven  No  Si
- Tiene dificultad haciendo amistades  No  Si
- Prefiere estar/jugar solo  No  Si

**SI CONTESTO SI A LAS PREGUNTAS ANTERIORES,** denos detalles pertinentes: \_\_\_\_\_

Hay niños en su vecindario con cual su hijo/hija juega:  No  Si

Que papel toma su hijo/hija con sus compañeros o en grupo (i.e.: líder, seguidor, agresor, victimo, etc.): \_\_\_\_\_

**COMPORTAMIENTO, TEMPERAMENTO, INTERESES:**

**Su hijo/hija demuestra algunos de los siguiente regularmente?**

- |                          |                             |                             |   |                             |                             |
|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Corta Atención           | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | Reacciona exageradamente cuando tiene un problema | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si |
| Pierde control           | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | Requiere mucha atención de sus padres             | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si |
| Presenta deprimido       | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | Dificultad demostrando cariño                     | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si |
| Esconde sus sentimientos | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | Pensamientos acelerados/habla demasiado rápido    | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si |
| Tiene miedo/temor        | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | Dificultades durmiendo                            | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si |
| Muy activo/hiperactivo   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | Sospecha que usa drogas                           | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si |
| Impulsivo                | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si |   |                             |                             |

**Si contesto SI a las preguntas anteriores,** explique: \_\_\_\_\_

Qué actividades disfruta hace su hijo/hija: (deportes, pasatiempos, intereses, talentos)

Recientemente ha notado un cambio en el interés de participación en estas actividades en su hijo/a? Si contesto Si, explique: \_\_\_\_\_

**EXAMENES/EVALUACIONES/SERVICIOS – Su hijo/hija ha tenido alguna vez lo siguiente:**

	✓ Para Si	Fecha(s)	Proveedor	Cuidad, Estado	Teléfono
Examen Neurológico	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Examen Psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Evaluación Audiológica	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Consejería	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Servicios de Lenguaje y Habla	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Tutoría	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____