

Fecha que se envió a los padres

Fecha que se debe regresar

Sent by

Date returned

DISTRITO ESCOLAR UNIDO DE ENCINITAS
HISTORIA DE SALUD Y DESARROLLO
(USAR SOLAMENTE PARA EVALUACIÓN INICIAL)
CONFIDENCIAL

Nombre del Niño _____ Sexo ____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
Apellido _____ Nombre _____

Escuela _____ Grado _____ Maestro(a) _____

Domicilio _____ Teléfono en casa _____

Teléfono Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Sus respuestas a las preguntas a continuación nos pueden ayudar a entender mejor a su niño; sin embargo, si desea puede dejar preguntas sin contestar si desea.

Favor de contestar las siguientes preguntas. Conteste en las áreas en blanco o solamente marque en alguna área si es necesario. Pueda agregar cualquier tipo de explicación o información adicional. ¡MUCHAS GRACIAS!.

Nombre completo	Edad	Educación	Ocupación	Lugar de Nacimiento
Padres de Nacimiento:				
Padre _____	_____	_____	_____	_____
Madre _____	_____	_____	_____	_____
Padrastro _____	_____	_____	_____	_____
Madrastra _____	_____	_____	_____	_____
Padre Adoptivo (opcional):				
Padre _____	_____	_____	_____	_____
Madre _____	_____	_____	_____	_____
Otro:				
Padre _____	_____	_____	_____	_____
Madre _____	_____	_____	_____	_____

Favor de escribir los nombres y edades de todos los miembros de la familia con quienes vive el niño. Si tiene 2 familias, anotarlos por separado y especificar el tiempo que pasa el niño en cada casa.

Hogar de la Madre	Hogar del Padre (si es diferente)
Nombre y Parentesco _____ Edad _____	Nombre y Parentesco _____ Edad _____
Tiempo que pasa en este hogar _____	Tiempo que pasa en este hogar _____

Favor de escribir en orden cualquier tipo de evaluación que se le ha realizado previamente y proporcione una copia de cada una. Si solo tiene una copia, indique con una palomita abajo de donde dice “Regresarla” para que nosotros le saquemos una copia y le devolvamos a Usted el original. Si no cuenta con copia u original de la evaluación, incluya por favor la dirección y teléfono de donde se le hizo la evaluación y firme el Formulario de Autorización para Intercambio de Información, para solicitar copia de records. GRACIAS

FECHA	DONDE (lugar o persona)	TIPO DE EVALUACIÓN	REGRESARLA
a) _____	_____	_____	_____
Dirección/Teléfono _____			
b) _____	_____	_____	_____
Dirección/Teléfono _____			
c) _____	_____	_____	_____
Dirección/Teléfono _____			

Por favor incluir reportes de escuelas a las que el estudiante asistió previamente. Si está regresando el cuestionario a empleados de la escuela a la que asiste actualmente para que ellos coordinen esta evaluación, no necesita regresar copia de evaluaciones previas, realizadas por esta escuela.

Nombre de la escuela y lugar donde se localiza	Grado(s)	Fechas que asistió

HISTORIAL FAMILIAR

Favor de indicar con una palomita si esto le ocurrió a la familia del niño (incluyendo tías, tíos, primos, abuelos, bisabuelos; como padres de familia, hermanos y hermanas.

Parentesco con el niño	Parentesco con el niño
☐ Diabetes _____	☐ Dificultades Académicas _____
☐ Problemas de Aprendizaje _____	☐ Sordera _____
☐ Abuso de Drogas o alcohol _____	☐ Abandonó la escuela _____
☐ Deficiencia para Concentrarse _____	☐ Desorden en de cambios de humor _____
☐ Desorden Psicótico _____	☐ Tics vocales o motrices _____

¿Existen problemas en su familia, que pueden preocupar, enojar o entristecer a su hijo? ☐ Sí ☐ No.
Si la respuesta es “Sí” por favor describa:

Han sucedido eventos inusuales en la familia tales como:

	SI	NO	Explique las respuestas que contestó SI	Fecha
Enfermedades serias				
Hospitalizaciones				
Muertes				
Divorcios				
Mudarse con Frecuencia				
Otro				

HISTORIAL PRENATAL CON ESTE NIÑO

¿Estuvo expuesta a algún factor externo durante el embarazo, tal como medicamento para controlar la náusea, humo de cigarrillo, alcohol?

¿Tuvo algún problema de salud durante el embarazo, tal como sangrado vaginal, presión arterial elevada, vomito excesivo, infecciones, aumento de peso hasta 15 libras o más de 40 libras, diabetes gestacional, lesiones?

¿Alguna otra preocupación de salud, tal como demasiado o muy poco líquido amniótico, demasiada o poca actividad (movimiento) del feto, cambio repentino en el crecimiento o actividad del feto? _____

¿Alguna preocupación con otros embarazos? _____

TRABAJO DE PARTO Y NACIMIENTO:

¿Alguna enfermedad o complicaciones del trabajo de parto o nacimiento, como fiebre, sangrado excesivo (mucho), anestesia general, irregularidades del corazón del feto?

¿El bebe tuvo problemas durante el nacimiento, al grado que fue necesaria una cesaría, estaba en posición horizontal, un trabajo de parto largo, el cordón umbilical alrededor del cuello del bebé, anudado, colapsado?

DATOS AL NACER:

Peso al Nacer _____ Longitud _____

¿Nació más de una semana adelantado o después de fecha (40 semanas)?

[] Antes de tiempo (¿cuántas semanas? _____)

[] Después de la fecha programada (¿cuántas semanas? _____)

Se quedó el recién nacido en el hospital después que la madre salió del hospital? [] Si [] No.

Si la respuesta es Si, por cuanto tiempo _____, porque _____

¿Algún problema que tuvo en recién nacido durante las primeras semanas en casa, como vómito, cólico, diarrea, problemas para respirar, necesitó alguna cirugía?

¿Tuvo problemas para alimentarse cuando estaba pequeño, tal como dificultad para tomar el pecho, dificultad para comer, dificultad para ganar peso?

DESARROLLO

Favor de indicar **la edad y la forma** como su niño logró siguiente:

Edad	Lento	Normal	Avanzado	
				Sonreír
				Se sentó sin ayuda
				Gateó sobre manos y rodillas
				Caminó solo (10-15 pasos)
				Comió solo
				Mostró preferencia para usar sus manos (der. _____ izq. _____)
				Dijo sus primeras palabras aparte de mamá y papá
				Habló dos palabras juntas
				Habló claramente que personas que no lo o la conocen le entendieron.
				Mantuvo su ropa interior seca durante el día
				Mantuvo su ropa interior seca durante la noche
				Se pudo separar de uno de sus padres sin llorar
				Leyó palabras
				Leyó un libro sencillo

MEDICAMENTOS

Favor de anotar cualquier MEDICAMENTOS que se le han recetado al niño para alergias, convulsiones o ataques epilépticos, para atención, o cualquier otro tipo de problema CRÓNICO.

Fechas	Nombre del medicamento	Dosis/Horario para tomar Medicamento	Razón y Resultado

Salud y Preocupaciones Médicas

Favor de marcar todas las áreas que corresponden a su hijo.

¿Infecciones serias y/o frecuentes?

- [] Anginas (número total _____ última infección _____)
- [] Infecciones del oído (número total _____ cuántas el año pasado _____)
- [] Infección de sinusitis (número total _____ cuántas el año pasado _____)
- [] Bronquitis/pulmonía (cuándo _____)
- [] Meningitis/encefalitis (cuándo _____)
- [] Tuberculosis (cuándo _____)
- [] Hepatitis (cuándo _____)
- [] Paperas (cuándo _____)
- [] Sarampión (cuándo _____)
- [] Tosferina (cuándo _____)
- [] Rubeola (cuándo _____)
- [] Viruela (cuándo _____)
- [] Infección de las vías urinarias (número total _____ último examen de la orina _____)

Salud y Preocupaciones Médicas (continúa)

Por favor indique problemas específicos o condiciones que afectan a su hijo.

¿Algún problema de la sangre?

Anemia, número bajo del conteo de glóbulos sanguíneos, requirió transfusión de sangre o exceso o facilidad para amoratarse.

_____ Fecha, edad _____ Causa _____

¿Cualquier tipo de dolor en general?

Dolor en las piernas, problema al caminar, se cansa con facilidad, tartamudear, dificultad para dormir, dificultades para mantenerse dormido, pesadillas o pérdida o ganar peso excesivo.

Indicar de que se quejó _____ Fecha o edad _____ Causa _____

¿Problemas relacionados con la cabeza, los nervios, y músculos?

Tales como: Dolores de cabeza, dolores de cabeza tipo migraña, pérdida de la conciencia, dificultad con el habla, parálisis cerebral, movimientos inusuales (estremecimientos, brincos, torceduras), tics o ruidos involuntarios, debilidad o mal funcionamiento muscular, torpeza, asimétrico al moverse o lesión seria en la cabeza, mareos o desmayos.

Indique el problema _____ Fecha o edad _____

Anormalidades mostradas en estudios especiales (MRI, CT, EEG, etc.) Tipo de Estudio _____ Fecha _____

Si tuvo problemas con convulsiones (ataques): Con qué frecuencia _____ tipo _____

Cuándo sucede (sucedió) _____ describa la convulsión _____

¿Problemas con la visión o el oído?

☐ De cerca (cuándo empezó a usar lentes _____)

☐ De lejos (cuándo empezó a usar lentes _____)

☐ Estrabismo (bizco)

☐ Astigmatismo (Derecho _____ Izquierdo _____)

☐ Cataratas (Derecho _____ Izquierdo _____)

☐ Nistagmos (movimientos en los ojos)

☐ Visión borrosa

☐ Problema para oír (aparato auxiliar para oír a la edad de _____ Der. _____ Izq. _____)

¿Problemas del corazón o los pulmones? Tales como: Soplo en el corazón, anomalía en el ritmo del corazón, defecto congénito (de nacimiento) del corazón, limitación al respirar, se pone morado (cianosis) o dejó de respirar

Indique el problema: _____

¿Problemas urinarios o en genitales? Tales como: Se orina en la cama o en su ropa, dolor al orinar y orina de forma excesiva, con frecuencia, orina descolorida o sangre en la orina, problemas menstruales, testículos no descendieron

Indique el problema: _____

¿Problemas abdominales? Tales como: dolores de estómago, vómito, náusea, pérdida de apetito, constipado o estreñido, mancha su ropa interior, hernia, úlceras, apendicitis, sangre en su excremento.

¿Enfermedades crónicas? Tales como: Enfermedad de células falciformes, problemas de la tiroides o Diabetes

_____)

Cáncer (de qué tipo _____)

Otro tipo de problema genético o metabólico o defecto de nacimiento (qué _____)

¿Algún tipo de alergias? especifique a qué y describa la reacción _____

[] Alergias a medicamentos (A cuál _____ describa la reacción _____)
 [] Alergias a medicamentos (A cuál _____)
 Si es posible que tenga una reacción anafilaxis, indique si se le recetó EpiPen [] Sí [] No

[] Intolerancia a la comida (A qué _____ describa la reacción _____)
 [] Alergias a insectos (A qué _____ describa la reacción _____)
 [] Asma [] Medicamento de inhalador recetado [] si [] no (Qué, cuando se usó _____)
 [] Eczema [] Reacción en la piel [] Nariz congestionada/ojos con comezón (fiebre del heno) [] Dermatitis de contacto (plantas venenosas)
 [] Comportamiento: Alergias a drogas: _____ [] Otras alergias: _____

¿Ha sido hospitalizado?
 [] Cirugía (qué tipo, cuándo _____)
 [] Otras enfermedades (qué, cuándo _____)

¿Ha sufrido fracturas o accidentes? [] Sí [] No (qué, cuándo _____)

¿Alguna preocupación sobre sus hábitos para comer recientemente? Con frecuencia se pone cosas en la boca (qué _____) ha subido de peso (edad _____) creciendo muy lentamente (edad _____) no come comidas sanas, pura comida de chatarra (edad _____), parece tener una reacción en su comportamiento con cierta comida

¿Se conoce que ingirió alguna sustancia venenosa? [] Plomo _____ [] otro _____

EDUCACION FUNCIONAMIENTO “ACTUAL”

Favor de marcar que es apropiado para su hijo y llenar las áreas que corresponden dentro del paréntesis.

Experiencias pre-escolares y escolares:

[] Lenguaje hablado en casa además del inglés (_____)
 [] Participó en algún programa de estimulación infantil
 [] Asistió a un centro de cuidado de niños (a la edad de _____)
 [] Asistió a pre-escolar (a la edad de _____)
 [] Tuvo que repetir algún grado (cuál _____ porque _____)
 [] Inscrito en el programa especial (cuándo _____ qué tipo _____)

Funcionamiento Actual – favor de marcar el área que mejor describa el funcionamiento de su niño.

	Muy difícil	Algo difícil	Bien	Muy bien
Desempeño General en la Escuela				
Hábitos de estudio				
Termina su tarea				
Recuerda trabajos				
Interés en su trabajo escolar				
Comportamiento o sentimientos				
Confianza en sí mismo en general, auto-estima				
Relación con sus hermanos o hermanas				
Relación con otros niños				
Relación con sus padres				

Se muestra contento en la escuela				
Preocupaciones				
Se muestra contento en casa				
Habilidad para controlar su frustración				
Deseo para asistir a la escuela				
Acepta responsabilidades				
Comportamiento en general				
Escritura				
Traer su tarea a casa y llevarla a la escuela				
Entender su tarea				

EDUCACION FUNCIONAMIENTO “ACTUAL” (continúa)

¿Está satisfecho con el programa en el que su hijo participa actualmente en la escuela? ☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro

¿Qué cambios le gustaría se realizaran en los servicios escolares para su niño?

Firma de la persona que llenó el formulario

Fecha

Parentesco con el niño

Revisado Abril del 2013.