



Historia de Desarrollo

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Información proporcionada por: _____ Relación: _____

El niño está viviendo actualmente con: _____ Madre Natural ____ Padre Natural ____ Madrastra _____

El niño presentemente vive con: _____ Madre natural ____ Padre natural ____ Madrastra _____

Padrastro ____ Madre Adoptiva ____ Padre Adoptivo ____ Madre de Crianza ____ Padre de Crianza ____

Otro (Especificar) _____ Hermanos (Nombre y edades) _____

¿Cuáles son las **necesidades** de su niño que condujo a ser referido? _____

¿Qué **preocupaciones** si hay tiene en las siguientes áreas?

Aprendizaje: _____

Habla/Lenguaje: _____

Físico: _____

Social/Comportamiento: _____

Vida diaria: _____

¿Cuáles son las **fortalezas** actividades preferidas del niño?

¿Su hijo asiste al preescolar o guardería rutina? SÍ / NO En caso afirmativo, dónde y con quién?

Sugerencias individuales que tengo de trabajando con mi hijo: _____

Cualquier **otra** información que nos ayude a comprender mejor a su hijo? (Por ejemplo: cultural o religiosa que pueda afectarlo en la escuela, las restricciones a las actividades, los cambios recientes en el hogar):

Nombre del Niño _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha _____

Información proporcionada por: _____ Relación: _____

Detalles de la Historia de Desarrollo - Por favor, conteste con un círculo SI o NO, luego los ejemplos en círculo que se aplican o proporcionar su información.

Médico / Hitos / Vida Diaria:

El peso al nacer _____ Lugar de Nacimiento _____ Nombre del Médico Principal _____
 Edad que primero rodó _____ se sentó solo _____ levantarse _____ gatear _____
 caminó solo _____

¿Embarazo a término?	Sí / No	¿A cuántas semanas nació el niño
¿Hubo complicaciones durante el embarazo?	Sí / No	(infección, lesión, enfermedad, hemorragia, toxemia, toxinas tales como drogas o alcohol) otros:
¿Hubo complicaciones durante el parto o la estancia en el hospital?	Sí / No	(resucitación, necesidad de oxígeno, necesidad de cirugía, NICU, tiempo extendido otro:
¿Ha tenido su hijo enfermedades graves, lesiones, hospitalización, enfermedad crónica, y/o restricciones debido a una condición?	Sí / No	Favor de describir:
¿Medicación tomada a una base regular?	Sí / No	Favor de enumerar:
¿Ha tenido su niño un examen físico?	Sí / No	Cuándo: Resultados: Por quien:
¿Su hijo ha tenido un examen de la vista?	Sí / No	Cuándo: Resultados: Por quien:
¿Está usted preocupado por la visión de su hijo?	Sí / No	(No pasó el examen de visión, perdió gafas, se cae demasiado) Otro:
¿Ha tenido su hijo una prueba de audición?	Sí / No	Cuándo: Resultados: Por quien:
¿Está usted preocupado por la audición de su hijo?	Sí / No	(prueba de audición fallida, perdió la prótesis de oído, infecciones, tubos en los oídos), otros:
¿Usted tiene preocupaciones sobre el sueño de su hijo?	Sí / No	Si afirmativo, ¿cuáles son si preocupaciones?
Usted tiene preocupaciones acerca de habilidades de vida diaria de su hijo? ¿Su hijo usa utensilios para comer?	Sí / No	(Explicar cualquier problema con alimentación, bañándose, vistiéndose o aprendiendo a cepillar sus dientes.)
¿Ayuda su niño con deberes o quehaceres en el hogar?	Sí / No	Ejemplos:
¿Está su niño entrenado a usar el baño?	Sí / No	
¿De desarrollo, similar a hermanos o padre?	Sí / No	¿De qué manera?
¿Cualquier período de falta de crecimiento o crecimiento inusual?	Sí / No	Explicar:

Lenguaje y Aprendizaje		
Edad que su hijo habló primero (palabras), _____ hablado (frases), _____ hablado en (oraciones) _____		
¿Entiende su hijo bien?	Sí / No	
¿Se comunica bien su hijo?	Sí / No	
¿Otros tienen dificultades para entender el habla de su hijo?	Sí / No	(¿Quién tiene dificultades para entender, ¿cuál es su forma de hablar, como, cuando, ya que notó por primera vez, cómo afecta la vida diaria):
¿Está haciendo juego/emparejando su hijo?	Sí / No	(Por favor marque: colores, formas, letras, números, animales) otros:
Social/Comportamiento:		
¿Tiene la familia preocupaciones acerca de las habilidades sociales y/o el comportamiento del niño?	Sí / No	¿Cuáles son las preocupaciones?
¿Tiene su hijo amistades?	Sí / No	(Algunos amigos, juega con primos, casi no amigos, está aislado)
¿Participa su hijo en actividades fuera del hogar?	Sí / No	(grupos religiosos, organizaciones comunitarias) otros:
¿Se lleva bien su hijo con otros miembros de la familia?	Sí / No	Explicar:
¿Su hijo responde bien a la disciplina positiva?	Sí / No	
Su hijo está recibiendo alguna terapia?	Sí / No	Nombre y Local:
¿Hay algún diagnóstico de afecciones de salud mental?	Sí / No	
¿Tiene sistema(s) de apoyo a disposición para la familia?	Sí / No	(Familia extendida, vecinos, amigos, organizaciones)
¿Hay algo más que le gustaría para nosotros saber acerca de su hijo?		