

Idioma(s) hablado(s) en casa: _____

Otros adultos viviendo en el hogar:

Nombre	Relación	Nombre	Relación
--------	----------	--------	----------

Otros niños viviendo en el hogar:

Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

HISTORIAL DE NACIMIENTO

¿Hubo algún problema durante el embarazo? Sí _____ No _____

Si es así, por favor explique: _____

Duración del embarazo: Terminó Completo _____ Prematuro _____

¿Cuántas semanas?

Tipo de parto: Normal: _____ Pies primero: _____ Con Pinzas: _____ Cesárea: _____

Peso al Nacer: _____ Condiciones del bebé al nacer: _____

¿Alguna complicación durante el parto? Sí _____ No _____

Si es así, por favor explique: _____

Duración de la estadía en el hospital: _____

¿Alguna complicación durante la estadía en el hospital? Sí _____ No _____

Si es así, por favor explique: _____

HISTORIAL DE SALUD

Nombre del médico de su hijo: _____
Primero Apellido

Número Telefónico del médico: (_____) _____

¿Ha sido examinada la audición de su hijo? Sí _____ No _____ Si es así, ¿cuándo? _____

Los resultados del examen: _____

¿Tiene su hijo un historial de infecciones de oído? Sí _____ No _____

Si es así, ¿cuándo fue su primera infección de oído? _____ ¿Cuándo fue la infección más reciente? _____

¿Con qué frecuencia ha tenido su hijo infecciones de oído?

Frecuentemente _____ Ocasionalmente _____ Raramente _____ Nunca _____

¿Ha tenido su hijo tubos colocados quirúrgicamente? _____

¿Ha sido examinada la visión de su hijo? Sí _____ No _____ Si es así, ¿cuándo? _____

¿Cuáles fueron los resultados del examen? _____

¿Hay algunos otros médicos o especialistas que hayan tratado a su hijo? Si es así, por favor lístelos:

Nombre Dirección Número de Teléfono

Nombre Dirección Número de Teléfono

Nombre Dirección Número de Teléfono

¿Tiene su hijo algunos problemas significativos de salud? Sí _____ No _____

Si es así, explique: _____

¿Está su hijo en la actualidad tomando algún medicamento? Sí _____ No _____

Si es así, por favor lístelos: _____

DESARROLLO DEL NIÑO

¿Tiene usted preocupaciones acerca del desarrollo de su hijo? Sí _____ No _____

Si es así, explique: _____

¿Está su hijo entrenado para ir al baño? Sí _____ No _____ ¿A qué edad fue entrenado? _____

¿Toma su hijo de un vaso abierto regularmente? Sí _____ No _____

Si no, ¿qué usa él/ella? _____

¿Usa o usó su hijo un chupón frecuentemente? Sí _____ No _____

¿Tiene su hijo un historial de ahogarse o dificultad al pasar alimentos? Sí _____ No _____

Si es así, explique: _____

¿Su hijo ha recibido alguna vez servicios de educación especial (incluyendo infancia temprana, terapia del habla, terapia ocupacional, fisioterapia)? Sí _____ No _____

Si es así, por favor describa:

Tipo de Servicio	Cuándo	Dónde
Tipo de Servicio	Cuándo	Dónde
Tipo de Servicio	Cuándo	Dónde

DESARROLLO DEL HABLA Y LENGUAJE

¿Cuándo su hijo usó sus primeras palabras con significado? _____

¿Cómo se comunica su hijo con usted con mayor frecuencia? Marque todas las que apliquen:

Sonidos _____ Palabras Sencillas _____ Frases u Oraciones _____ Gestos _____ Señalando _____

Lo lleva objetos deseados _____ Otro (por favor describa) _____

¿Qué tan bien es su hijo comprendido por los demás?

Padres Poco _____ Lo Justo _____ Bien _____

Hermanos Poco _____ Lo Justo _____ Bien _____

Compañeros Poco _____ Lo Justo _____ Bien _____

¿Usa su hijo por lo menos 50 palabras? Sí _____ No _____ Si no, ¿cuántas palabras? _____

¿Es su hijo capaz de tener una conversación simple con usted? Sí _____ No _____

¿Tiene su hijo dificultad comprendiendo preguntas de otros o siguiendo indicaciones? Sí _____ No _____

Si es así, ¿cuándo ha observado esto? _____

Si su hijo tiene dificultad comprendiendo o comunicándose, ¿cómo reacciona él/ella a esta dificultad?

¿Cuál ha sido el curso general de la dificultad en la comunicación?

Ha mejorado _____ Permanece igual _____ Ha empeorado _____

COMPORTAMIENTO DEL NIÑO

¿Cuáles son las actividades o juguetes favoritos de su hijo? _____

¿Es su hijo capaz de jugar por sí mismo por un periodo corto de tiempo? Sí _____ No _____

¿A su hijo le gusta jugar con otros niños? Sí _____ No _____

Por favor describa algunos problemas frecuentes de comportamiento que ud pueda tener con su hijo:

¿Cuáles son las fortalezas de su hijo? _____

HISTORIAL FAMILIAR

¿Existe un historial familiar de problemas del habla, lenguaje o aprendizaje? Sí _____ No _____

Si es así, por favor describa el tipo de problema y quién tuvo el problema: _____

HISTORIAL DE GUARDERÍA Y PREESCOLAR

Si su hijo asiste a la **guardería**, por favor responda a lo siguiente:

Tipo: Pública _____ Privada _____ Casa _____ Casa de un familiar _____

Nombre de la Guardería: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Persona de Contacto: _____

¿Cuántos días y horas asiste su hijo a la guardería? _____ días por semana, _____ horas por día.

¿Ha el proveedor de la guardería expresado alguna preocupación acerca de su hijo? Sí ____ No ____

Si es así, explique: _____

Si su hijo asiste a la **preescolar**, por favor responda a lo siguiente:

Tipo: Pública _____ Privada _____ Casa _____ Casa de un familiar _____

Nombre de la Guardería: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Persona de Contacto: _____

¿Cuántos días y horas asiste su hijo a la guardería? _____ días por semana, _____ horas por día.

¿El proveedor de la guardería ha expresado alguna preocupación acerca de su hijo? Sí ____ No ____

Si es así, explique: _____

¿Su hijo ha cambiado el entorno de guardería o preescolar recientemente? Sí ____ No ____

Si es así, explique: _____

¿Hay algo más que le gustaría que el equipo de evaluación sepa acerca de su hijo o de la familia?

CULTURA

Es importante para los miembros del personal del Distrito Escolar Colonial el ser respetuosos y comprensivos de todas nuestras familias. Por favor responda las siguientes preguntas culturales para que podamos comprender y apoyar a su hijo y a su familia.

Liste cualquier día festivo, costumbres o celebraciones que sean importantes para su hijo y su familia:

Liste cualquier comida que su hijo y su familia no coma debido a razones culturales o religiosas:

Liste cualquier creencia religiosa o cultural que su familia tiene o cualquier información que usted quiera compartir para ayudar a nuestro personal a comprender mejor su cultura y sus creencias:

Liste todos los idiomas que su hijo está aprendiendo o está expuesto en la casa:
