



Educación Especial Estudiantil
Historial Desarrollo Social

Toda información permanecerá confidencial

Fecha: \_\_\_\_\_

Historia Familiar

Formulario de Historia Familiar con campos para nombre del niño(a), fecha de nacimiento, domicilio, escuela, grado, estado civil de los padres, y otros datos familiares.

Historial de Salud

Favor marcar todas las que apliquen

Lista de problemas de salud con casillas de selección: Problemas de balance, Náuseas, Convulsiones, Problemas auditivos, Dolores de cabeza frecuentes, Cansancio y debilidad, Problemas emocionales, Heridas en la cabeza, Dificultad de coordinación, Epilepsia, Alergias, Aparato auditivo, Dificultades de memoria, Presión alta, Pérdida de conciencia, Espejuelos, Mareo, Fiebre alta, Diabetes, Dificultad visual, Tics, Asma, Problemas estomacales, Otro.

Favor explicar lo marcado arriba: \_\_\_\_\_

Historial desarrollo médico

Formulario de Historial desarrollo médico con preguntas sobre embarazo, parto, salud de la madre, y consumo de drogas.

## Historial Desarrollo Médico

(Continuación)

¿Hubo algún problema de crecimiento y desarrollo durante los primeros años?    Sí     No

De ser afirmativo, favor explicar: \_\_\_\_\_

Edad cuando:    Gateó: \_\_\_\_\_    Caminó: \_\_\_\_\_    Uso del baño: \_\_\_\_\_

Primera palabra: \_\_\_\_\_    Primera oración corta: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido su hijo evaluaciones médicas especiales?    Sí     No

De ser afirmativo, favor explicar: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo alguna situación médica actual?    Sí     No

De ser afirmativo, favor explicar: \_\_\_\_\_

¿Está su hijo(a) medicado(a)?    Sí     No

De ser afirmativo, favor proveer listado: \_\_\_\_\_

¿Historial de enfermedad, accidente, operación, hospitalización?    Sí     No

De ser afirmativo, favor explicar: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido su hijo(a) consejería/psicoterapia?    Sí     No

De ser afirmativo, favor explicar: \_\_\_\_\_

¿Ha estado su hijo(a) en orfanato?    Sí     No

De ser afirmativo, favor explicar: \_\_\_\_\_

¿Ha estado algún familiar involucrado con el Departamento de Familias?    Sí     No

De ser afirmativo, favor explicar: \_\_\_\_\_

¿Existe historial de abuso alguno?    Sí     No

De ser afirmativo, favor explicar: \_\_\_\_\_

¿Ha reprobado en la escuela?    Sí     No

De ser afirmativo, favor explicar: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna vez su hijo(a) problemas    Sí     No

de comportamiento o académicos en la escuela? De ser afirmativo, favor explicar: \_\_\_\_\_

### Historial de Conducta

Marque todas las que apliquen

Tantrums/ Berrinches

Luce triste

Se rinde fácilmente

Llora excesivamente

desobedece deliberadamente

No sigue direcciones

Miedos inusuales

Período corto de atención

Compulsividad

Torpeza caminando/caídas frecuentes

Dificultad para dormir

Dificultades para alimentarse

Mojar cama/defecar

Huye de casa

Culpa a otros de los problemas

Se frustra fácil

Solitario

No parece escuchar

Se distrae fácil

Cambios de humor

Necesita mucha supervisión

Dificultades de separación

Demasiado sensible a las críticas

Agresivo/pelea con otros niños

No permanece quieto en un lugar

No juega con otros niños

Comportamiento autolesivo

Le disgusta ser tocado/ Evita contacto

Comportamientos repetitivos

No termina trabajos

físico

Dificultad concentrándose o

Provoca Incendios

Duerme excesivamente

poniendo atención

Falta de interés o agrado

Falta de confianza en sí mismo

A menudo actúa sin pensar

Cambia excesivamente de una a

Correr o se trepar excesivamente

Comportamiento/intento suicida

actividad a otra

¿Cómo cree usted que se siente hijo(a) acerca de sí mismo(a)? \_\_\_\_\_

¿Es su hijo(a) muy sensible a cualquier cosa? \_\_\_\_\_

¿Cómo describe el comportamiento de su hijo(a) en casa? \_\_\_\_\_

¿Muestra su hijo comportamientos inusuales? \_\_\_\_\_

¿Cómo interactúa su hijo(a) con amigos/hermanos? \_\_\_\_\_

¿Cómo definiría la personalidad de su hijo(a)? \_\_\_\_\_

¿Hay algo que usted quiera agregar acerca de su hijo o la familia? \_\_\_\_\_

Nombre del entrevistador: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Posición del entrevistador: \_\_\_\_\_