



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, y detalles de los padres y hermanos.

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

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tantrums/ Berrinches | <input type="checkbox"/> Luce triste | <input type="checkbox"/> Se rinde fácilmente |
| <input type="checkbox"/> Lloro excesivamente | <input type="checkbox"/> desobedece deliberadamente | <input type="checkbox"/> No sigue direcciones |
| <input type="checkbox"/> Miedos inusuales | <input type="checkbox"/> Período corto de atención | <input type="checkbox"/> Compulsividad |
| <input type="checkbox"/> Torpeza caminando/caídas frecuentes | <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir | <input type="checkbox"/> Dificultades para alimentarse |
| <input type="checkbox"/> Mojar cama/defecar | <input type="checkbox"/> Huye de casa | <input type="checkbox"/> Culpa a otros de los problemas |
| <input type="checkbox"/> Se frustra fácil | <input type="checkbox"/> Solitario | <input type="checkbox"/> No parece escuchar |
| <input type="checkbox"/> Se distrae fácil | <input type="checkbox"/> Cambios de humor | <input type="checkbox"/> Necesita mucha supervisión |
| <input type="checkbox"/> Dificultades de separación | <input type="checkbox"/> Demasiado sensible a las críticas | <input type="checkbox"/> Agresivo/pelea con otros niños |
| <input type="checkbox"/> No permanece quieto en un lugar | <input type="checkbox"/> No juega con otros niños | <input type="checkbox"/> Comportamiento autolesivo |
| <input type="checkbox"/> Le disgusta ser tocado/ Evita contacto | <input type="checkbox"/> Comportamientos repetitivos | <input type="checkbox"/> No termina trabajos |
| <input type="checkbox"/> físico | <input type="checkbox"/> Dificultad concentrándose o | <input type="checkbox"/> Provoca Incendios |
| <input type="checkbox"/> Duerme excesivamente | <input type="checkbox"/> poniendo atención | <input type="checkbox"/> Falta de interés o agrado |
| <input type="checkbox"/> Falta de confianza en sí mismo | <input type="checkbox"/> A menudo actúa sin pensar | <input type="checkbox"/> Cambia excesivamente de una a |
| <input type="checkbox"/> Correr o se trepar excesivamente | <input type="checkbox"/> Comportamiento/intento suicida | <input type="checkbox"/> 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: _____