

fruit dátil masculino: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ sustantivo nombre : \_\_\_\_\_ Relación al niño(a) : \_\_\_\_\_

**I. identificar información**

niño(-a) nombre: \_\_\_\_\_ fecha nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: M F  
 Dirección: \_\_\_\_\_ casa teléfono:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-

escuela / servicio masculino de guardería: \_\_\_\_\_  
 escuela teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ -  
 grado: \_\_\_\_\_ maestro(-a)'s nombre : \_\_\_\_\_

madre's nombre: \_\_\_\_\_ casa teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ -  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Cell teléfono /Pager:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

empresario(-a): \_\_\_\_\_ trabajo teléfono:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 ocupación: \_\_\_\_\_

padre's nombre : \_\_\_\_\_ casa teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ -  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Cell teléfono /Pager:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

empresario(-a): \_\_\_\_\_ trabajo teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 ocupación: \_\_\_\_\_

Guardian/Foster Parent: \_\_\_\_\_ casa teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ -  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Cell teléfono /Pager:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

empresario(-a): \_\_\_\_\_ trabajo teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

mis padres's st marital categoría:  soltero masculino  casado  separado  divorciado  sustantivo viuda  
 femenino  desconocido a confidente

todo familia miembro	era	sexo	Grado	médico problema

pediatra: \_\_\_\_\_ teléfono:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-

**II. RAZÓN DE LA VISITA DE HOY**

Quién refirió a su niño para esta evaluación? \_\_\_\_\_ teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-

Su descripción del problema y de la razón de la remisión de hoy: \_\_\_\_\_

Edad del niño cuando el problema primero fue notado: \_\_\_\_\_

¿Quién observó esto? \_\_\_\_\_

Tiene su niño recibió siempre una evaluación y/o un tratamiento referente a su desarrollo?

- Terapia física    Audiencia    Psicologico    El aprender    Neurológico  
Terapia ocupacional    Discurso/lengua    Del comportamiento    Psiquiátrico    Alimenticio

Si es así donde y cuáles eran los resultados? \_\_\_\_\_

Se han hecho qué esfuerzos de corregir el problema? \_\_\_\_\_

## II. PRE/POSTNATAL Historia

embarazo: normal    problemas/complicación (explicar) \_\_\_\_\_

parto: vaginal    caesarian    otro: \_\_\_\_\_

nacimiento peso: \_\_\_\_\_ de peso \_\_\_\_\_ oz.    prematuro: no    sí # semanas temprano: \_\_\_\_\_

Postnatal historia: sustantivo ictericia    necesario oxígeno    cleft labio/paladar    otro: \_\_\_\_\_

físico anorma: no    sí \_\_\_\_\_

chupar o tragar problema: no    sí \_\_\_\_\_

## III. Médico Historia

General salud: excelente    bueno    feria    pobre    crecimiento Rate: excelente    bueno    feria    pobre

¿Cuáles de las enfermedades siguientes y/o condiona su niño ha tenido?

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> asma                      | <input type="checkbox"/> cabeza lesión              | <input type="checkbox"/> Running oreja          |
| <input type="checkbox"/> gallina pox               | <input type="checkbox"/> hiperactivo /ADD           | <input type="checkbox"/> escarlata fiebre       |
| <input type="checkbox"/> crónico resfriado         | <input type="checkbox"/> gripe                      | <input type="checkbox"/> sinusitis              |
| <input type="checkbox"/> crónico oreja infección   | <input type="checkbox"/> JRA                        | <input type="checkbox"/> tuberculosis           |
| <input type="checkbox"/> Convulsions/ ataque       | <input type="checkbox"/> sarampión                  | <input type="checkbox"/> amigdalitis            |
| <input type="checkbox"/> Croup                     | <input type="checkbox"/> meningitis                 | <input type="checkbox"/> Whooping tos           |
| <input type="checkbox"/> gástrico reflujo          | <input type="checkbox"/> Gastro-intestinal problema | <input type="checkbox"/> corazón problema _____ |
| <input type="checkbox"/> Diphtheria                | <input type="checkbox"/> paperas                    | <input type="checkbox"/> RSV infección          |
| <input type="checkbox"/> diarrea                   | <input type="checkbox"/> pulmonía                   | <input type="checkbox"/> CMV infección          |
| <input type="checkbox"/> Encephalitis              | <input type="checkbox"/> hepatitis _____            | <input type="checkbox"/> oído pérdida           |
| <input type="checkbox"/> dolor de cabeza / migraña | <input type="checkbox"/> Rheumatic fiebre           | <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy         |
| <input type="checkbox"/> Syndrome: _____           | <input type="checkbox"/> otro: _____                | <input type="checkbox"/> _____                  |

cirugía	era	cirugía	era
Adenoidectomy			
Tonsillectomy			
Cleft labio/paladar repara			

comer problema s: no    sí \_\_\_\_\_

alergia s: nada    sí (explicar) \_\_\_\_\_

vacunación actual: sí    no (razón): \_\_\_\_\_

actual medicamento: \_\_\_\_\_

Musculoskeletal problemas: nada    sí (explicar) \_\_\_\_\_

la mayoría de reciente ojo examen: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Dr. \_\_\_\_\_ resultado: \_\_\_\_\_

la mayoría de reciente oído examen: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ resultado: \_\_\_\_\_

¿Cualquier problema médico se relacionó con los ojos o los oídos? nada    sí (explicar) \_\_\_\_\_

Hace sus cristales del desgaste del niño: sí    No    Hace a su niño usa los audífonos? sí    No

#### IV. JALONES DEL DESARROLLO

Habilidad de motor	Edad alcanzada	Habilidades verbales	Edad alcanzada
Siente sin apoyo		Interferencia y coo	
Arrastre		Jerga	
Caminata		Primera palabra significativa	
Tocador entrenado		Cosechadoras 2 o más palabras	
Uno mismo del vestido		Cosechadoras 3 o más palabras	

#### V. OTRAS CARACTERÍSTICAS

¿Cómo su niño comunica su necesidades?

- gritos     gestos     gimoteos     interferencias     palabras

¿Como de bien otros entiende a su niño?

- en absoluto     menos el de 50%     más el de 50%     muy bien

¿Su niño tiene dificultad con un de los después de actividades en comparación con pares de la misma edad?

- deportes     patio     bici del montar a caballo     lupulización     el saltar  
 preparación     colorante     corte     funcionamiento     el caminar  
 el abotonar     dirección comiendo     cordón y zapatos el atar

los utensilios

Describa el comportamiento del niño

Describa la relación del niño con los pares:

Compruebe los términos que se aplican:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Accidente propenso                                     | <input type="checkbox"/> Independiente                                  | <input type="checkbox"/> Obediente                  |
| <input type="checkbox"/> Evita el juego del grupo                               | <input type="checkbox"/> Nervioso/ansioso                               | <input type="checkbox"/> Excesivamente cariñoso     |
| <input type="checkbox"/> Mordeduras otras                                       | <input type="checkbox"/> Uno mismo-protector                            | <input type="checkbox"/> Juego del aislante         |
| <input type="checkbox"/> Objetos/juguetes de las roturas fácilmente             | <input type="checkbox"/> Temeroso                                       | <input type="checkbox"/> Tímido                     |
| <input type="checkbox"/> Torpe/torpe  | <input type="checkbox"/> Amistoso                                       | <input type="checkbox"/> Aspira el pulgar/los dedos |
| <input type="checkbox"/> Hiperactivo  | <input type="checkbox"/> Feliz  | <input type="checkbox"/> Rabieta                    |
| <input type="checkbox"/> Excesivamente sensible al tacto/al sonido/a los olores | <input type="checkbox"/> Tacto/gente/objetos de la manija excesivamente | <input type="checkbox"/> Frustrado fácilmente       |

¿Quién hace a niño se comunica con más con eficacia? \_\_\_\_\_

¿Es el niño un problema de la disciplina?  no     sí    ¿Qué tipo de disciplina trabaja lo más mejor posible? \_\_\_\_\_

#### VI. HISTORIA DE LA ESCUELA

Edad en la entrada a la escuela: \_\_ meses de los años \_\_     pre-entrenamiento     guardería casera     jardín de la infancia     el otro \_\_\_\_\_

Actual Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: Los grados del \_\_\_\_ repitieron: \_\_\_\_\_

Tipo de sala de clase  regular     \_\_\_\_\_ especial del programa     el otro \_\_\_\_\_

Sensaciones actuales del niño sobre escuela: \_\_\_\_\_

¿Cualquier dificultad de la lectura observó?  no     sí (explique) \_\_\_\_\_

¿Dificultad con terminar el trabajo escrito o con la escritura?  no     sí (explique) \_\_\_\_\_

¿Su niño está recibiendo actualmente servicios especiales en la escuela?  no     \_\_\_\_\_ del yes \_\_\_\_\_

#### VII. PROPORCIONE POR FAVOR CUALQUIER INFORMACIÓN PROVECHOSA ADICIONAL

