



HISTORIA SOCIAL Y DEL DESARROLLO - PREESCOLAR

Nombre del alumno: _____ Sexo asignado al nacer: _____
Género: _____

Escuela a la que asiste: _____ Grado: _____ Fecha de Nacimiento.: _____

Nombre del padre o tutor: _____

Relación con el alumno: _____

¿El alumno vive con el padre/tutor? Sí No Porcentaje de tiempo: _____

Si es menos del 100%, este padre/tutor tiene: custodia única custodia conjunta

Teléfono preferido: _____ Teléfono secundario: _____

Correo electrónico: _____ @ _____

Padre/Tutor #1 Domicilio: _____

Nombre de la madre/tutor: _____

Relación con el alumno: _____

¿El alumno vive con el padre/tutor? Sí No Porcentaje de tiempo: _____

Si es menos del 100%, este padre/tutor tiene: custodia única custodia conjunta

Teléfono preferido: _____ Teléfono secundario: _____

Correo electrónico: _____ @ _____

Madre/Tutor #2 Domicilio: _____

¿El alumno está en un hogar de crianza? Sí No

¿Los padres/tutores viven juntos? Sí No

¿Cuántos hermanos tiene el niño? _____ De ellos, ¿cuántos viven con el niño? _____

¿Hay algún otro adulto que tenga una relación significativa con el niño? Sí No

Si es así, escriba el nombre y la relación: 1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

¿Cuál es el idioma primario del alumno? _____

¿Se habla o se escucha otro idioma en casa? Sí No

Si es así, ¿qué idioma(s): _____

¿Cuánto tiempo ha vivido su hijo en los Estados Unidos? _____

¿Su hijo ha recibido algún servicio de educación especial (escuela, por privado) fuera de EEUU? Sí No

Si es así, ¿en qué grado(s)? _____

GENERAL

¿Cuáles son sus esperanzas o visión para su hijo?

¿Qué inquietud tiene sobre su hijo?

HISTORIA MEDICA Y DEL DESARROLLO (relacionado a este niño en particular)

Describa complicaciones, medicamentos, u otras inquietudes que experimentó durante el embarazo (Ej., diabetes, presión alta, toxemia, etc.):

Al momento del nacimiento/parto:

¿El bebé nació a término? Sí No

Duración del embarazo: _____

Peso al nacer: _____

Peso Actual: _____

Describa si hubo complicaciones después del parto (Ej. Incubadora, oxígeno, ictericia):

Liste toda enfermedad grave, lesiones, hospitalizaciones, cirugía, o evento traumático

(Ej. diabetes, convulsiones, lesión en la cabeza, asma, alergias, etc.)

Edad del Niño

	Edad del Niño

Diagnóstico médico actual (si hubiere)

Nombre del doctor

Fecha de diagnóstico

Diagnóstico médico actual (si hubiere)	Nombre del doctor	Fecha de diagnóstico

**** Adjunte todo reporte médico pertinente o resumen de diagnóstico**

Anote todo medicamento recetado

Medicamento

Dosis

Médico que prescribe y fecha de prescripción

Medicamento	Dosis	Médico que prescribe y fecha de prescripción

¿Problemas visuales? Sí No ¿Lentes? Sí No ¿Contactos? Sí No

Fecha del último examen visual _____ Resultados: _____

¿Problemas auditivos? Sí No Edad detectada _____ years old
 ¿Tubos en el oído? Sí No Fecha _____
 ¿Aparatos auditivos? Sí No Fecha _____
 ¿Implante coclear? Sí No Fecha _____

Fecha del último examen auditivo: _____ Resultados: _____

¿Su hijo ha sido evaluado por otra persona (agencia exterior u otra escuela)? Sí No
 ¿Alguna vez fue su hijo evaluado por un psicólogo? Sí No
 Si es así, ¿cuál es la fecha más reciente? _____
 ¿Alguna vez fue su hijo visto/evaluado por un **consejero (incluso Cummins)**? Sí No
 Si es así, ¿cuál es la fecha más reciente? _____
 ¿Alguna vez fue su hijo visto/evaluado por un **psiquiatra**? Sí No
 Si es así, ¿cuál es la fecha más reciente? _____
 ¿Alguna vez fue su hijo **hospitalizado por razones de comportamiento**? Sí No
 Si es así, ¿cuál es la fecha más reciente? _____

**** Adjunte copia del reporte de la evaluación.**

¿Hubo un antecedente familiar (padres biológicos, hermanos, abuelos, tíos, tías) en alguna de los siguientes áreas?

- Dificultades de aprendizaje (lectura, ortografía, escritura, matemáticas, organización)
- Dificultades del habla o lenguaje (articulación, tartamudeo, organizar/recordar palabras)
- Dificultades emocionales (depresión, ansiedad, cambios de humor, psicosis, etc.)
- Dificultades cognitivas (quizás llamado retardación o incapacidad mental).
- Condiciones genéticas (frágil, síndrome de Down, anemia de células falciformes)
- Abuso o violencia doméstica
- Abuso de sustancia (droga o alcohol)

Si es así, describa:

INFORMACIÓN DEL DESARROLLO

Logros	Edad	Logros	Edad	Logros	Edad
Se sentó solo		Dijo la primera palabra		Fue al baño solo	
Gateó		Dijo varias palabras juntas		Dejó de mojarse en la cama	
Caminó solo		Habló oraciones completas			

Describe el temperamento de su hijo antes de los 3 años (Ej. sensible, irritable, activo, pasivo, feliz, terco, etc.)

Hay condiciones en su hogar que puedan estar influenciando el desarrollo de su hijo o su comportamiento

(Ej. Enfermedad familiares, problemas maritales, etc.)? Sí No

Si es así, explique:

INFORMACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES

¿Cómo se lleva su hijo con los adultos en casa?

¿Cómo se lleva su hijo con sus hermanos o hermanas u otros niños en casa?

¿Su hijo puede hacer y mantener amigos exitosamente?

¿Cuáles son las actividades preferidas de su hijo?

INFORMACIÓN ESCOLAR

Enumere, en orden, las escuelas a las que ha asistido su hijo (para niños de 7 años o menos, incluya la asistencia a preescolares y guarderías)

Escuela/Preescolar/Guardería (incluya ciudad/estado)	Fechas (grado) de asistencia

¿Su hijo calificó/participó en Primeros Pasos/ primeras intervenciones antes de los 3 años? Sí No

Describa los puntos fuertes de su hijo en la escuela:

¿Cuáles son las áreas de crecimiento/dificultad de su hijo en la escuela?

¿Alguna vez su hijo recibió educación especial de una entidad privada (Ej., instructor privado, Sylvan, Learning Rx, Lindamood Bell, etc.) Sí No

Si marcó sí, ¿cuándo y por qué razón?

**** Adjunte todo reporte relevante.**

Otra información que usted crea relevante en la evaluación de su hijo:

Nombre de la persona que llenó este formulario: _____

Relación con el niño: _____

Fecha en que se completó este formulario: _____

Le agradecemos sinceramente el tiempo y esfuerzo que se tomó para completar este formulario de la historia social y del desarrollo. Si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con la psicóloga de la escuela:

Nombre de la psicóloga _____

Número de teléfono _____