

Parent Questionnaire for New Patients

Este cuestionario le dará a usted la oportunidad para contarnos sobre las preocupaciones e inquietudes que tenga acerca de su hijo/a. Conociendo la historia médica de su hijo/a, sus experiencias pasadas, y la historia familiar nos ayudara a mejor ayudarles.

Este cuestionario debe ser completado por la persona que cuida al niño/a la mayor parte del tiempo. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Responda a cada pregunta lo mejor que usted pueda. Si no se sabe la respuesta, escribanos sobre lo que usted conoce.

Es necesario completar este cuestionario antes de que podamos programar la cita de su hijo/a. La información será revisada por el personal médico de KDSC que estará involucrado en el cuidado de su hijo/a. Cuando tenga la primera entrevista por teléfono con nuestro equipo, por favor haga cualquier pregunta que tenga sobre este cuestionario o como completarlo. Háganos saber de cualquier problema que no fue mencionado en este cuestionario.

Si tiene alguna duda antes de esta entrevista, contacte a nuestra coordinadora al (585) 275-2986.

Toda esta información se mantendrá confidencial.

Al completar este cuestionario, por favor devuélvalo a nuestra oficina:

Intake Coordinator
Developmental Behavioral Peds @ E. River Road
601 Elmwood Avenue, Box 278877
Rochester, NY 14642
Fax: (585) 275-3366



Nombre del niño:	Fecha de nacimiento del niño:
Dirección del niño:	Fecha de hoy:
Nombre de la persona completando este cuestionario: Teléfono: (Casa) _____ (Cell) _____ (Trabajo) _____ Relación al niño: <input type="checkbox"/> padre biológico <input type="checkbox"/> hogar de guarda <input type="checkbox"/> padre adoptivo <input type="checkbox"/> otro familiar <input type="checkbox"/> tutor legal <input type="checkbox"/> otro ¿El niño vive con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del segundo pariente/tutor legal: Teléfono: (Casa) _____ (Cell) _____ (Trabajo) _____ Relación al niño: <input type="checkbox"/> padre biológico <input type="checkbox"/> hogar de guarda <input type="checkbox"/> padre adoptivo <input type="checkbox"/> otro familiar <input type="checkbox"/> tutor legal <input type="checkbox"/> otro ¿El niño vive con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Información del hogar

Lenguaje primario en casa: Inglés Español Lenguaje de señas (Americano) Otro _____

¿Quiénes viven en casa con este niño? (Por favor mencionar todos los adultos y niños que viven en esta casa)

Nombre	Edad	Relación al niño	Ocupación o grado escolar

¿Hay algún arreglo domiciliario (por ejemplo, custodia compartida), desacuerdos de custodia o cuidado entre los padres, u órdenes de protección que debemos tomar en cuenta? Sí No

Si la respuesta es "Sí," por favor describa el tipo de arreglo:

¿Cuál es la razón que usted quiere que su niño sea visto en nuestro programa? ¿Cuáles son las preocupaciones e inquietudes que usted tiene?

¿A su niño se le ha dado algún diagnóstico de trastorno del desarrollo o comportamiento por un médico o psicólogo en algún momento? Sí No

Si la respuesta es "Sí," ¿quién hizo el diagnóstico? _____ ¿cuándo? _____

Trastorno del espectro autista Déficit de atención e hiperactividad Parálisis cerebral Trastorno de ansiedad Síndrome de Down Otro: _____

¿Alguna persona (maestro, terapeuta, pediatra, amigo, familiar) le ha sugerido algún diagnóstico específico? Sí No

Si la respuesta es "Sí," ¿qué diagnóstico? _____

Fortalezas del niño

¿En que sobresale su niño? ¿Cuáles son sus intereses? ¿Cuáles son las cosas buenas o que van bien?

Preocupaciones del padre

¿Cuáles son las preocupaciones o inquietudes que usted tiene sobre su niño en este momento? Por favor escriba en mayor detalle sobre sus preocupaciones específicas.

No	Si	Preocupación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Destrezas motoras grandes (sentarse, caminar, correr, saltar, moverse)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Destrezas motoras finas (usando las manos/los dedos - sostener un lápiz/cubiertos, escribir, abrochar botones o amarrar zapatos)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comunicación (utilizar palabras/lenguaje, gestos, señas; dejar a los demás saber lo que quiere o necesita; entender lo que los demás le dicen; compartir en conversación)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pensar, aprender, memoria
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Destrezas sociales (habilidad para hacer amigos, jugar con los demás niños, demostrar interés por las demás personas)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	La manera en que juega (usar juguetes de manera adecuada, usar juguetes para pretender, utilizar su imaginación para crear juegos, imitar a los demás)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuidado propio (darse de comer, desvestirse, vestirse, cepillarse los dientes, bañarse, ayudar en casa)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poca atención
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hiperactividad (moviéndose de manera constante, inquieto, active)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad (se preocupa mucho, tiene problemas separándose de los papas, tímido, miedoso)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comportamientos o pensamientos repetitivos (hace las cosas una y otra vez, se queda estancado en un tema) Gestos/movimientos repetitivos (mecerse, aletea las manos, retuerce los dedos, camina de puntillas)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambios bruscos de humor/irritabilidad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rabietas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agresividad (le pega o muerde a los demás)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Daño a si mismo (se golpea la cabeza, se golpea/muerde/rasguña a si mismo)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas sensoriales (muy sensible o poco sensible a ruidos, como las cosas se sienten, los olores; poco sensible al dolor/temperatura; le gusta ver como las cosas se mueven [abanicos/lavadoras] o las luces)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del sueño (entrar en sueño, se despierta mucho en la noche, necesita medicina para poder dormir, todavía duerme con papas)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de seguridad (sale corriendo, se escapa de la casa, poco sentido de peligro, se trepa en cosas altas)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros problemas

Historial medico

¿Su niño padece de alguna condición/enfermedad médica presentemente o han sido estos problemas en el pasado?

	No, Nunca	Si, Presente	Si, Pasado	Si la respuesta es "Si," describa en más detalle:
Trastorno genético	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trauma a la cabeza o daño cerebral (hidrocefalia [agua en el cerebro], sangrado en el cerebro, derivación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Movimientos inusuales, tics, temores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de la vista u ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de la audición u oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de los dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas del ritmo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de los pulmones/respirar, asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas gastrointestinales (vomito, reflujo, dolor abdominal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diarrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas para comer, uso de un tubo para comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Llevarse cosas a la boca que no son comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de los riñones, vejiga, genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de huesos, articulaciones, músculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anemia u otros problemas de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erupciones/brotos de la piel, salpullidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Problemas de las hormonas o glándulas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alergias (a medicamentos, comidas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Algún otro problema médico no mencionado anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Su niño usa algún tipo de equipo adaptado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lentes <input type="checkbox"/> Audífonos <input type="checkbox"/> Andadera <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Aparato de comunicación Otro:

¿Qué medicamentos, vitaminas o suplementos nutricionales toma su hijo PRESENTEMENTE?

Medicamento, Vitamina o Suplemento (Nombre y marca)	Dosis (en mg, y ¿que tan a menudo?)	¿Razón por este medicamento y médico que se lo receto?

¿Su hijo ha tomado medicinas para tratar problemas médicos crónicos o del comportamiento EN EL PASADO?

Medicamento (Nombre)	Dosis (en mg, y ¿que tan a menudo?)	¿Razón por este medicamento y médico que se lo receto?

¿Su hijo está en alguna dieta especial o tiene restricciones dietéticas? Sí No

Si la respuesta es "Sí," por favor describa la dieta:

¿Su hijo ha sido internado en algún hospital o ha tenido cirugía en el pasado? Sí No

Edad de hospitalización	Razón

¿A su hijo le han tomado muestra de sangre para revisar el nivel de plomo? Sí No No estoy seguro/a

Si la respuesta es "Sí," ¿el nivel fue alto? Sí No No estoy seguro/a

¿Su hijo está al día con todas sus vacunas? Sí No No estoy seguro/a

¿A su hijo le han hecho prueba de la audición? Si (¿A qué edad? _____) No No estoy seguro/a

Historial del embarazo*

*Estas preguntas se tratan del embarazo con el niño que estamos por evaluar solamente

¿Cuántas veces ha estado embarazada la madre del niño? _____

¿Cuántos niños vivos tiene la madre del niño? _____

¿Cuántos de esos niños son mayores que este niño? _____

¿La madre del niño...

...ha perdido algún embarazo (perdida, aborto espontáneo)? Sí No No estoy seguro/a

...eligió terminar cualquier embarazo por circunstancias médicas/condiciones genéticas del feto? Sí No No estoy seguro/a

...necesito tratamiento médico para concebir cualquier embarazo (tratamiento de fertilidad, inseminación intrauterina, fertilización in vitro)? Sí No No estoy seguro/a

...recibió cuidado prenatal durante este embarazo? Sí No No estoy seguro/a

...tuvo alguna infección o fiebre durante este embarazo? Sí No No estoy seguro/a

...tuvo la presión alta durante este embarazo? Sí No No estoy seguro/a

...tuvo la azúcar alta/diabetes durante este embarazo? Sí No No estoy seguro/a

...tuvo alguna otra complicación durante este embarazo? Sí No No estoy seguro/a

Si la respuesta es "Sí," por favor describa:

¿Qué vitaminas o medicamentos tomo la madre del niño durante este embarazo?

Escoja la opción que mejor describe la bebida de alcohol por la madre durante este embarazo:

No estoy seguro/a* si la madre bebió o no La madre bebió alcohol, pero no estoy seguro/a* de la cantidad

No hubo uso de alcohol 1 trago o menos por semana 1 trago por día 2 tragos o más por día

*Si no está seguro/a, nos ayudaría si usted puede obtener los documentos relacionados al embarazo/parto o hablar con la madre o personas que la conocieron durante su embarazo para obtener esta información

¿Durante que fase de este embarazo hubo bebida de alcohol por la madre?

Ninguna No sé 1 trimestre 2 trimestre 3 trimestre

¿Hubo consumo de alguna otra sustancia por la madre durante este embarazo?

Cigarrillo/tabaco Marihuana Cocaína Heroína Medicamentos para dolor Meth Otro _____

Historial de labor y parto

Edad de la madre al momento de nacimiento: _____ Edad del padre al momento de nacimiento: _____

Este niño fue... bebe único uno de gemelos/ellos uno de trillizos otro embarazo múltiple

Este niño nació por... parto natural/vaginal parto por cesárea

¿Hubo alguna complicación con la labor o parto? Sí No No estoy seguro/a

Si la respuesta es "Sí," por favor describa la complicación:

¿Este niño nació temprano? Sí No No estoy seguro/a

Si la respuesta es "Sí," ¿cuántas semanas temprano? _____ semanas

Peso al nacer _____ Talla al nacer _____ Circunferencia de la cabeza al nacer _____

¿A su niño lo hospitalizaron en cuidados especiales o cuidados intensivos de bebés luego del parto? Sí No No estoy seguro/a

Si la respuesta es "Sí," ¿por qué?

¿Al darle de alta, quienes se llevaron al niño a casa? Padres biológicos Abuelos Otro familiar
Padre adoptivo Otro

Historial de desarrollo

Entre las edades de nacimiento y 3 años, ¿usted u otros estuvieron preocupados por el desarrollo de su niño? Sí No No estoy seguro/a

Si la respuesta es "Sí," ¿por qué?

Su niño camina solo, sin asistencia? Sí; aprendió a los _____ meses/años No

Su niño usa palabras únicas? Sí; aprendió a los _____ meses/ años No

Su niño usa frases para hablar? Sí; aprendió a los _____ meses/ años No

Su niño sabe usar el baño solo? Sí; aprendió a los _____ meses/ años No

Su niño ha perdido alguna destreza que antes tenía (por ejemplo, aprendió palabras, y luego dejó de hablar por completo)? Sí No No estoy seguro/a

Experiencias de la niñez e historial social

Su niño ha pasado por cualquiera de las siguientes experiencias?

Enfermedad grave, cirugía, hospitalización? Sí No No estoy seguro/a

Enfermedad grave, cirugía, hospitalización en un pariente cercano? Sí No No estoy seguro/a

Muerte de un pariente cercano? Sí No No estoy seguro/a

Incendio en casa, inundación, tormenta/huracán, u otro desastre? Sí No No estoy seguro/a

Padres divorciados? Sí No No estoy seguro/a

Abuso de alcohol o drogas por un miembro de la familia? Sí No No estoy seguro/a

Ver a los padres golpearse o hacerse daño uno al otro? Sí No No estoy seguro/a

Enfermedad mental en un miembro de la familia? Sí No No estoy seguro/a

Ver violencia en la comunidad (robo, tiroteo, etc.)? Sí No No estoy seguro/a

Negligencia (adulto no le da al niño el cuidado que él/ella necesita)? Sí No No estoy seguro/a

Abuso físico? Sí No No estoy seguro/a

Abuso sexual? Sí No No estoy seguro/a

Colocación en hogar de guarda? Sí No No estoy seguro/a

Cambio en cuidador principal? Sí No No estoy seguro/a

Para niños bajo el cuidado de algún familiar, padre adoptivo, hogar de guarda, o con alguien que no sea el padre biológico:

¿Que tanto ha estado este niño con usted? _____

Describe las circunstancias que llevaron a que este niño entrara a su cuidado.

¿Este niño ha estado bajo el cuidado de alguna otra persona que no sea padre biológico? Sí No

Si la respuesta es "Sí," ¿quiénes y cuándo?

Historia familiar

Por favor cuéntenos si alguien en la familia biológica del niño ha sido diagnosticado con cualquiera de los siguientes problemas médicos.

Trastorno	No	Si	No se	Si la respuesta es "Si," indique la relación de esta persona al niño. Identifique que familiar si es "familiar por parte de madre/padre."
Trastorno de déficit de atención e hiperactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Familiar por parte de madre <input type="checkbox"/> Familiar por parte de padre <i>Relación:</i>
Trastorno del espectro autista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Familiar por parte de madre <input type="checkbox"/> Familiar por parte de padre <i>Relación:</i>
Ceguera o déficit de la vista en la niñez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Familiar por parte de madre <input type="checkbox"/> Familiar por parte de padre <i>Relación:</i>
Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Familiar por parte de madre <input type="checkbox"/> Familiar por parte de padre <i>Relación:</i>
Enfermedad celiaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Familiar por parte de madre <input type="checkbox"/> Familiar por parte de padre <i>Relación:</i>
Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Familiar por parte de madre <input type="checkbox"/> Familiar por parte de padre <i>Relación:</i>
Sordera al nacer o presente en la niñez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Familiar por parte de madre <input type="checkbox"/> Familiar por parte de padre <i>Relación:</i>
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Familiar por parte de madre <input type="checkbox"/> Familiar por parte de padre <i>Relación:</i>
Azúcar alta/diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Familiar por parte de madre <input type="checkbox"/> Familiar por parte de padre <i>Relación:</i>
Problemas del ritmo cardiaco, marcapasos, desfibrilador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Familiar por parte de madre <input type="checkbox"/> Familiar por parte de padre <i>Relación:</i>
Infarto cardiaco/ataque del corazón a edad temprana (menor de 40 años)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Familiar por parte de madre <input type="checkbox"/> Familiar por parte de padre <i>Relación:</i>
Discapacidad intelectual (Retraso mental)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Familiar por parte de madre <input type="checkbox"/> Familiar por parte de padre <i>Relación:</i>
Discapacidad de aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Familiar por parte de madre <input type="checkbox"/> Familiar por parte de padre <i>Relación:</i>
Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Familiar por parte de madre <input type="checkbox"/> Familiar por parte de padre <i>Relación:</i>
Perdidas de uno o más embarazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Familiar por parte de madre <input type="checkbox"/> Familiar por parte de padre <i>Relación:</i>
Esquizofrenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Familiar por parte de madre <input type="checkbox"/> Familiar por parte de padre <i>Relación:</i>
Convulsiones/epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Familiar por parte de madre <input type="checkbox"/> Familiar por parte de padre <i>Relación:</i>
Retrasos del habla o recibió terapia del habla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Familiar por parte de madre <input type="checkbox"/> Familiar por parte de padre <i>Relación:</i>
Muerte súbita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Familiar por parte de madre <input type="checkbox"/> Familiar por parte de padre <i>Relación:</i>

Trastorno	No	Si	No se	Si la respuesta es "Si," indique la relación de esta persona al niño. Identifique que familiar si es "familiar por parte de madre/padre."
Muerte súbita en la infancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Familiar por parte de madre <input type="checkbox"/> Familiar por parte de padre <i>Relación:</i>
Tremores/temblores u otro problema de los músculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Familiar por parte de madre <input type="checkbox"/> Familiar por parte de padre <i>Relación:</i>
Otra condición no mencionada anteriormente (Cual?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Familiar por parte de madre <input type="checkbox"/> Familiar por parte de padre <i>Relación:</i>

Historial de educación/escolar

Si su niño está matriculado en la escuela, ¿cuál es el nombre de la escuela? _____

¿Cuál es el distrito escolar asignado a su niño? _____

¿Su niño recibe algún soporte/servicio educativo? Sí No No estoy seguro/a

Su niño tiene alguno de los siguientes servicios:

- Plan individualizado de servicios para la familia (IFSP) Intervención temprana Intervención académica
 Plan 504 Plan educativo individualizado (PEI) Servicios basados en el distrito escolar No se
 No lleva soportes educativos

Soportes/servicios educativos que recibe su niño (marque todo lo que aplica):

<input type="checkbox"/> Terapia del habla	<input type="checkbox"/> Maestra de educación especial	<input type="checkbox"/> DIR/Floortime	<input type="checkbox"/> ABA	<input type="checkbox"/> Consejero
<input type="checkbox"/> Terapia física	<input type="checkbox"/> Salón de clases pequeño	<input type="checkbox"/> Entrenamiento social	<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> Terapia ocupacional	<input type="checkbox"/> Apoyos/terapia de la visión	<input type="checkbox"/> Learning Center/ Salón de recursos		
	<input type="checkbox"/> Apoyos/terapia de la audición			

Apoyos en casa/comunidad

Terapia individual, intervención de comportamiento, consejería: Sería de gran ayuda si su terapeuta nos puede mandar un resumen del tratamiento dado a su niño!

Nombre del terapeuta _____

Dirección/número de teléfono _____

Servicios del estado (OPWDD /SPOA /Bridges to Health)

Nombre de su coordinador de servicios y la agencia: _____

Numero de teléfono: _____

Psiquiatra: Sería de gran ayuda si su terapeuta nos puede mandar un resumen del tratamiento dado a su niño!

Nombre del psiquiatra: _____

Dirección/número de teléfono _____

Asociaciones, actividades, deportes, clubes, grupos comunitarios, afiliaciones religiosas:
