

Date: \_\_\_\_\_

### Forma De Historia Del Caso

Medical pertinentes de educación, desarrollar y información del familia.

Este información puede ser incluido en el reportaje confidencial de psico-educacional

Nombre de estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

Proveedor del información \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

#### Información Familiar

¿Vive el estudiante con los padres biológicos? \_\_\_\_\_ ¿Si no, con quien vive? \_\_\_\_\_

¿Es adoptivo el estudiante? \_\_\_\_\_ ¿De ser así, a que edad? \_\_\_\_\_

¿Están divorciados o separados los padres? \_\_\_\_\_ De ser así, cuantos anos tenia su hijo/a \_\_\_\_\_ ¿Ve a otras padres su hijo/a \_\_\_\_\_? ¿De ser así, cuan a menudo? \_\_\_\_\_

¿Han vivido con alguien diferente que los padres (acogida, cuidado temporal, etc.) \_\_\_\_\_

De ser asi, describe con quien vive y como largo \_\_\_\_\_

Lista de los otros niños en su familia. Pone un "x" por los que viven con la familia.

Hijo/a		Hijo/a	
_____	Edad Vive con Ustedes _____	_____	Edad Vive con ustedes _____
_____	Edad Vive con ustedes _____	_____	Edad Vive con ustedes _____
_____	Edad Vive con ustedes _____	_____	Edad Vive con ustedes _____

¿Vive otras personas con la familia (amigos, Tíos, primas, abuelos, etc.?)

Ha tenido alguien el la familia un problema que tenia una efecto significado por el hijo (Enfermedades crónicas, Enfermedades mentales, alcoholismo, adicción de drogas, encarcelamiento abuso, etc.) \_\_\_\_\_ Describe por favor:

#### Historia Paternal

¿Tenia la madre atención medial cuando estaba embarazada? \_\_\_\_\_ ¿Aquel edad? \_\_\_\_\_

¿Tenia la madre un enfermedad mientras ser embarazada? (Diabetes, complicaciones de embarazo, enfermedad mental)

De ser así, describe par favor \_\_\_\_\_ ¿Uso la madre productos de tabaco durante la embarazo? \_\_\_\_\_ ¿Uso la madre el alcohol durante el embarazo? \_\_\_\_\_ De ser así, describe el uso:

¿Uso drogas durante el embarazo? \_\_\_\_\_ De ser así, describe el uso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ¿Fue algo raro de su embarazo? \_\_\_\_\_ De ser así, describe por favor: Historia de nacimiento

Edad del madre al tiempo de nacimiento? \_\_\_\_\_ Peso al nacimiento De ser así, describe por favor:

\_\_\_\_\_ ¿Fue atrasado? \_\_\_\_\_

De ser así, como tarde? \_\_\_\_\_ ¿Fue cesárea? De ser así, describe por que:

#### Historia Desarrollado

Por el mejor de su memoria pone el edad aproximado que hizo su hijo/a estés habilidades solo.

Primer Paso \_\_\_\_\_ Usar el Baño \_\_\_\_\_ Tomar de un vaso \_\_\_\_\_

Primer palabra \_\_\_\_\_ Ser seco durante la día \_\_\_\_\_ Comer solo \_\_\_\_\_

Hablar en frases \_\_\_\_\_ Seco por la noche \_\_\_\_\_ vestirse solo \_\_\_\_\_

Como le escribe el desarrollo de su hijo/a: Temprano Normal Tarde

#### Visión y Oído

¿Ha evaluado su visión? \_\_\_\_\_ ¿Cuando? \_\_\_\_\_ ¿Fue normal el resultado? \_\_\_\_\_

Si no, lista sus preocupaciones. \_\_\_\_\_

¿Ha evaluado su oído? \_\_\_\_\_ ¿Cuando? \_\_\_\_\_ ¿Fue normal el resultado? \_\_\_\_\_

Si no, lista sus preocupaciones. \_\_\_\_\_

### Socialización

Por favor marque unas características abajo que describe su hijo/a durante los años a pequeño (niño) y de hoy en día.

Niño      Hoy

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tímido _____                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Orinarse en la cama _____                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cariñoso _____                                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pataletas _____                                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Conductos temerarios _____                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Muy activos, impaciente _____                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Menos activo que otros niños _____             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Relacionar bien con otros niños _____          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Relacionar bien con adultos _____              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | tiene pocos o no amigos _____                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Parece inmaduro por su edad _____              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas con atención _____                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Llore mas que otros niños del misma edad _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Prefiere ser soltero _____                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Miedos en poco comun _____                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | balanceando o golpe de cabeza _____            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro _____                                     |

### Físico o Medica

¿Tiene su hijo/a una condición médica? \_\_\_\_\_ Explique \_\_\_\_\_

¿Tiene alergias? \_\_\_\_\_ Explique \_\_\_\_\_

¿Tiene ataques (de epilepsia)? \_\_\_\_\_ De ser así, descríbelos y a que edad ocurrió la problema:

¿Tiene una historia de infecciones de oreja? \_\_\_\_\_ De ser así, describe el edad y los intervenciones medicas:

¿Tenia una herida de cabeza que requiere atención médica? \_\_\_\_\_ De ser así, describe la herida y trato medica:  
\_\_\_\_\_ Si fue enviado por un hospital, cuanto tiempo paso en el hospital y donde \_\_\_\_\_

¿Fue enviado al hospital por una enfermedad o una operación? \_\_\_\_\_ De ser así, descríbalos ( incluye la razón por ir al hospital)

¿Fue identificado por un medico que ser hiperactivo o síndrome de hiperactividad? \_\_\_\_\_

¿De ser así, a que edad? \_\_\_\_\_ ¿Esta tomada medicación por este síndrome? \_\_\_\_\_ ¿De se así, cual mediación y dosis?  
\_\_\_\_\_ ¿Esta tomado medicación o recibiendo tratamiento ahora mismo por otro enfermedad o trastorno? \_\_\_\_\_ De ser así, descríbalos.

### Historia Escolar

¿Asisto su hijo/a a la preescolar? \_\_\_\_\_ ¿Asisto a Kinder? \_\_\_\_\_ ¿Sea retenido su hijo/a? \_\_\_\_\_ ¿De ser así, Cuando?  
\_\_\_\_\_ ¿Cuantos escuelas ha asistido su hijo/a desde el kinder? (Lista los por favor por cada grado.)

¿Que le gusta su hijo/a de la escuela? \_\_\_\_\_

¿Qué no le gusta su hijo/a de la escuela? \_\_\_\_\_

¿Cuál problemas tiene su hijo/a en la escuela, en tu opinión? \_\_\_\_\_

¿Qué son las fuerzas y cualidades que tiene su hijo/a? \_\_\_\_\_

### Por niños que su idioma principal es español. ¿

¿Asisto su hijo/a a una escuela que da la instrucción en español? \_\_\_\_\_ De ser así, cual grados? \_\_\_\_\_

¿Fue en los Estados Unidos? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo empezó su hijo/a a aprender ingles? \_\_\_\_\_ ¿Generalmente, cual idioma habla su hijo/a en casa? \_\_\_\_\_

¿Nivel de ingles de la madre? (Rodea la respuesta mejor).    Un poco    Pobre    Buena    Excelente

¿Nivel de ingles del padre? (Rodea la respuesta mejor).    Un poco    Pobre    Buena    Excelente

Por favor incluye información extra que puede ser importante por esta evaluación en una hoja separada. Gracias.

Devuelva esta forma a: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_