

Student I.D. Number

Escuelas Públicas del Condado de Hart
Educación de los Niños Excepcionales (ECE)
25 Quality Street
Munfordville, KY 42765

Historia del Desarrollo del Niño

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____
Nombre de la persona completando la información: _____ Relación con el estudiante: _____
Escuela: _____ Grado: _____
Dirección del Hogar: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____
Nombre del padre: _____ Nombre de la madre: _____
El estudiante vive con (Marque todos los que aplican): Madre Padre Madrastra Padrastro Padres sustitutos
 Abuelos otros (Especifique): _____
Número/a de teléfono(s) para contactarlos: Trabajo/Celular/otros: _____ Relación con el niño: _____
Trabajo/Celular/otros: _____ Relación con el niño: _____
Si el niño no vive con ambos padres, ¿Con qué frecuencia ve el niño/a al padre/madre con el cual no vive?

Otras personas que viven en el hogar:

Nombre	Edad	Sexo	Relación con el estudiante
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Historia Escolar

Antes de comenzar el kindergarten, asistió su hijo(a) a: programa preescolar guardería de niños Headstart/Jumpstart
Si su hijo ha asistido a alguna escuela pública del Condado de Jefferson, por favor, enumere las escuelas y fechas cuando asistió:

¿Ha repetido su hijo/a algún grado? Sí No (Indique grado) _____

Por favor describa como se sentía su hijo(a) en la escuela durante sus primeros grados:
 le gustaba la escuela estaba deseoso/ávido estaba temeroso/ansioso le disgustaba la escuela
Por favor describa como se sentía su hijo(a) durante los años de la escuela intermedia y secundaria (si aplica):
 le gustaba la escuela estaba motivado estaba nervioso disgustaba la escuela
¿Tiene alguna preocupación acerca del progreso de su hijo/a en la escuela? (ejemplo: problemas académicos, sociales, de conducta, etc.)
 No Sí (por favor describa) _____

Historia del Desarrollo del Niño

Página 2

Desarrollo Temprano

¿Nació su niño(a) a término? Sí No ¿De cuántas semanas fue el embarazo? _____

¿Es el niño(a) adoptado? Sí No ¿Cuántos años tenía el niño(a) cuando fue adoptado? _____

¿Experimentó la madre algo de lo siguiente durante el embarazo?:

Enfermedad grave o lesión _____ Alcohol u otro uso de drogas

Otro: _____

¿Experimentó el niño(a) alguna de las siguientes dificultades durante el parto?

Parto por cesárea de emergencia Bajo peso al nacer Nació con el cordón umbilical alrededor de cuello

Problemas cardiopulmonares Cianosis (de color azul) Necesitó oxígeno

Convulsiones Defecto de nacimiento (Especifique): _____

Lesiones (especifique): _____ Otros: _____

¿Cómo era el temperamento de su niño(a) cuando bebé? (feliz, amoroso, exigente, cólico, etc.) _____

Haga un círculo indicando cuando su niño llegó a las siguientes etapas del desarrollo*:

Se sentó: Temprano (3 - 6 meses) Promedio (7-12 meses) Tarde (más de 1 año.) No Sabe

Caminó: Temprano (7-12 meses) Promedio (12-18 meses) Tarde (más de 18 meses) No Sabe

Habló con oraciones de 2-3 palabras: Temprano (9-17 meses) Promedio (18-24 meses) Tarde (más de 2 años.) No Sabe

Aprendió a usar el Inodoro: Temprano (1-2 años). Promedio (2 - 3 años). Tarde (más de 3 años.) No Sabe

* La información sobre los grupos de edad fue obtenida del Centro de Control y Prevención de Enfermedades [CDC]

¿Recibió su niño(a) servicios de ayuda temprana? (por ejemplo: Primeros Pasos) Sí No

¿Cuáles de los siguientes? Terapia del lenguaje Terapia ocupacional (OT) Fisioterapia (PT)

Ayuda en el desarrollo Otros _____

Salud y Bienestar

¿Tiene la familia alguna historia como las siguientes?

Uso de Alcohol u otras drogas Trastorno de ansiedad Depresión Desorden Bipolar

Autismo Problemas de aprendizaje/lectura Dificultades de conducta Otro: _____

Desorden de Hiperactividad y Déficit de Atención/Desorden de Déficit de Atención (ADHD/ADD)

La salud general de su niño(a) es Buena Regular Pobre

¿Cuántas horas duerme su niño(a) en la noche? _____

¿Tiene su niño(a) actualmente algún problema para dormir? Sí No (especifique a continuación)

Dificultades para dormirse Se despierta muy temprano Pesadillas Ronquidos fuertes

Se despierta durante la noche Duerme inquieto Apnea del sueño Moja la cama

¿Tiene su niño(a) un pediatra o médico de familia? Sí No Nombre del doctor: _____

¿Cuándo fue su último chequeo médico? _____ ¿Algún diagnóstico? Sí No (por favor explique)

Medicamento

Dosis

Razón

Historia del Desarrollo del Niño

Página 3

¿En algún momento, se ha diagnosticado su niño/a con algunas de las condiciones siguientes? (Marque "A" si es ahora o "P" si fue en el pasado)

- Asma Alergias (Especifique): _____
 Epilepsia o convulsiones Convulsiones febriles (debido a la fiebre) Fiebres altas (103 ° F o más)
 Lesión cerebral con pérdida de conciencia Intoxicación de plomo Infecciones crónicas del oído /tubos en los oídos
 Diabetes Otros problemas de salud: _____
 Problemas de la vista (por favor describa): _____

¿Tiene anteojos o lentes de contactos? Sí No ¿Los usa su niño/a? _____

Problemas de audición (por favor describa): _____

¿Usa su niño(a) audífonos? Sí No

¿Tiene su niño(a) algún otro diagnóstico médico? (físico o mental) Sí No (por favor explique.) _____

¿Ha sido hospitalizado su hijo(a) para un tratamiento médico? Sí No

¿Cuándo? _____ ¿Por qué? _____

¿Cuándo? _____ ¿Por qué? _____

¿Ha sido hospitalizado su hijo(a) para un tratamiento psiquiátrico? Sí No

¿Cuándo? _____ ¿Por qué? _____ Hospital: _____

¿Cuándo? _____ ¿Por qué? _____ Hospital: _____

¿Ha tenido su hijo(a) una evaluación psicológica fuera de la escuela? Sí No

Fecha: _____ Agencia: _____

¿Ha recibido su niño(a) terapia? Sí No

¿Cuándo? _____ ¿Por qué? _____ Agencia: _____

¿Cuándo? _____ ¿Por qué? _____ Agencia: _____

Los expedientes de su hijo(a) están protegidos. No nos comunicaremos con los hospitales o agencias a menos que usted haya firmado una autorización para compartir la información.

Hogar y Comunidad

¿Cuál es el idioma principal de los padres? _____ ¿Cuál es el idioma que usa más su niño(a)? _____

¿Qué hace su hijo(a) cuando no está en la escuela?

Por favor utilice las siguientes letras para indicar la frecuencia (**S** = casi siempre, **M** = A menudo, **V** = a veces, **N** = nunca)

Leyendo/mirando libros _____ Jugando afuera _____ Usando la computadora _____ Hablando por teléfono _____

Pasando el tiempo con la familia o los amigos _____ Trabajando _____ Haciendo tareas _____

Jugando con juguetes/juegos que no son electrónicos _____ Jugando juegos de vídeo _____ Viendo TV _____

Otros _____

¿Ha participado su niño(a) en alguno de los siguientes? (Por favor marque si es pertinente):

Visitas a la biblioteca Visitas al zoológico o parques Actividades o grupos de la Iglesia

Centros comunitarios Campamentos Visitas a los museos o actividades culturales

Actividades organizadas después de la escuela Deportes

Comentarios _____

Historia del Desarrollo del Niño

Página 4

¿Cómo es la relación de su niño(a) con las siguientes personas? (Por favor, especifique buena/normal/mala)

_____ Padres _____ Otros adultos _____ Hermanos _____ Otros niños (compañeros)

¿Cuáles son las responsabilidades/tareas de su niño(a) en el hogar? _____

¿Qué formas de disciplina y manejo de comportamiento utiliza usted con su niño(a)?

Por favor utilice los siguientes términos para indicar la frecuencia (a menudo/a veces/raramente).

_____ Penitencia (Time-Out) _____ Gráficos del comportamiento/sistema de recompensas

_____ Azotes/nalgadas (Pegarle) _____ Tareas domésticas extra

_____ Pérdida de privilegios _____ Castigo

Otros (Describa): _____

¿Cómo reacciona su niño(a) a la disciplina? Cumple con ella Se queja No cumple con ella y se resiste

Le es indiferente/actitud pasiva De otra manera: _____

¿Ha vivido su niño(a) alguno de los siguientes eventos estresantes durante los últimos 12 meses? (Por favor marque)

Divorcio o separación de los padres Cambio de escuelas Padre/Madre perdió su trabajo

Cambio de custodia La familia se mudó Problemas financieros en la familia

Accidente o enfermedad en la familia Pérdida del hogar

Muerte en la familia _____

Miembros nuevos en la familia _____

Otros (describa) _____

¿Existe alguna historia o sospecha de maltrato físico? Sí No ¿Abuso sexual? Sí No

¿Abuso emocional? Sí No ¿Negligencia? Sí No

¿Tiene el estudiante alguna historia o sospecha de abuso de drogas/alcohol/ u otra sustancia? Sí No (Explique)

¿Ha hecho su niño(a) comentarios acerca de querer herirse a sí mismo o a otros? Sí No (Explique)

¿Ha tenido su niño(a) problemas con la policía o ha estado envuelto/a en el sistema judicial? Sí No (Explique)

Por favor especifique cual de las siguientes características describen a su niño(a):

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cuidadoso | <input type="checkbox"/> Imaginativo | <input type="checkbox"/> Confía en sí mismo | <input type="checkbox"/> Responsable |
| <input type="checkbox"/> Rudo/Irrespetuoso | <input type="checkbox"/> Creativo | <input type="checkbox"/> Energía excesiva | <input type="checkbox"/> Atlético |
| <input type="checkbox"/> Temperamental | <input type="checkbox"/> No toma las cosas en serio (juguetón) | <input type="checkbox"/> Ensoñador | <input type="checkbox"/> Independiente |
| <input type="checkbox"/> Actúa inmaduro para su edad | <input type="checkbox"/> Perezoso | <input type="checkbox"/> Lloro con frecuencia | <input type="checkbox"/> Amigable/simpático |
| <input type="checkbox"/> Discute frecuentemente | <input type="checkbox"/> Cariñoso | <input type="checkbox"/> Hipersensible | <input type="checkbox"/> Mala relación con sus compañeros |
| <input type="checkbox"/> Físicamente agresivo | <input type="checkbox"/> Malos Modales | <input type="checkbox"/> Generalmente Feliz | <input type="checkbox"/> Buenas relaciones con sus compañeros |
| <input type="checkbox"/> Dice mentiras | <input type="checkbox"/> Naturaleza Nerviosa | <input type="checkbox"/> Generalmente Infeliz | <input type="checkbox"/> Poca Energía |
| <input type="checkbox"/> Roba | <input type="checkbox"/> Tímido | <input type="checkbox"/> Carece de Confianza en Sí Mismo | <input type="checkbox"/> Sentimientos de baja auto-estima |
| <input type="checkbox"/> Destructivo | <input type="checkbox"/> Cómico | <input type="checkbox"/> Atento | <input type="checkbox"/> Talentoso |
| <input type="checkbox"/> Malhumorado | <input type="checkbox"/> Mala selección de amigos | <input type="checkbox"/> Útil | <input type="checkbox"/> Competitivo |
| <input type="checkbox"/> Interés excesivo en cuestiones sexuales | | <input type="checkbox"/> Autodestructivo | <input type="checkbox"/> Solitario/aislado |

¿En cuál de estas áreas le gustaría que su niño/a mejorara? _____