

MCSO FORMATO DE HISTORIAL DE DESARROLLO

Estimado padre o tutor: La información de este cuestionario nos ayudará a saber si la salud de su hijo está afectando el desarrollo educativo y nos ayudará a planificar los servicios educacionales de su hijo.

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____

Persona que lleno este formulario: _____ Relación con el niño: _____

Otras personas viviendo en el hogar (nombre y edad): _____

Idioma principal del niño: _____

Historial médico del niño: (por favor explique con detalle cualquier respuesta afirmativa)

Doctor primario: _____

Nombre de la clínica u hospital: _____ Número de teléfono: _____

Dentista: _____

Nombre de la clínica: _____ Número de teléfono: _____

- ¿Hubo algún problema durante el embarazo o el parto? _____ Si _____ No
- ¿Tomo la madre algún medicamento durante el embarazo? _____ Si _____ No
- ¿Alguno de los padres fumo, tomo alcohol o uso drogas durante el embarazo? _____ Si _____ No
- ¿Fue su niño considerado prematuro al nacer? _____ Si _____ No
- ¿Ha estado su niño hospitalizado por alguna razón? _____ Si _____ No
- ¿Han diagnosticado a su hijo con algo específico? (Ej: asma, diabetes, síndrome de Down) _____ Si _____ No
- ¿Tiene su hijo un diagnóstico específico de problemas mentales, físicas o emocionales _____ Si _____ No
- ¿Esta su niño actualmente tomando algún medicamento? _____ Si _____ No
- ¿Tiene alguna preocupación respecto a la comida / alimentación, nutrición y / o el crecimiento de su hijo? _____ Si _____ No
- ¿Tiene su hijo alergias? (a los cambios de estación o de alimentos) _____ Si _____ No

Si usted contesto en alguna pregunta si, en esta parte explique con detalle: _____

Audición: (Por favor explique con detalle cualquier pregunta afirmativa)

- ¿Ha pasado su niño su examen auditivo? Fecha: _____ _____ Si _____ No
- ¿Tiene alguna preocupación acerca de la audición de su niño? _____ Si _____ No
- ¿Hay un historial médico en la familia de pérdida de la audición en La" infancia"? _____ Si _____ No
- ¿Tiene su niño historial médico de frecuentes/crónico infecciones en los oídos? ¿Cuántas?: _____ Si _____ No
- ¿Tiene su niño un doctor especialista en oídos, nariz y garganta? (otorrinolaringólogo) _____ Si _____ No
- ¿Ha tenido o tiene tubos en los oídos? ¿Cuándo?: _____ Si _____ No
- ¿Cómo responde/actúa su niño:
 - Habla en voz baja? _____ Si _____ No
 - Sube el volumen de la televisión o radio? _____ Si _____ No
 - Le escucha cuando usted está de espaldas o le habla de otro cuarto? _____ Si _____ No

Si usted contesto en alguna pregunta si, en esta parte explique con detalle: _____

Visión: (Por favor explique con detalle cualquier pregunta afirmativa)

- ¿Tiene usted alguna preocupación referente a la visión de su hijo? _____ Si _____ No
- ¿Han revisado la vista de su niño? Cuando: _____ Doctor: _____ Si _____ No
- ¿Ha sido su hijo diagnosticado con problemas de visión u otro problema? _____ Si _____ No
- ¿Usa su niño lentes correctivos? _____ Si _____ No
- ¿Hay algún historial médico en la familia de perdida de la vista u otro problema de los ojos? _____ Si _____ No
- ¿Hay movimientos inusuales en los ojos? (ej.: se cruzan, no parpadea, no realiza un seguimiento a los objetos) _____ Si _____ No
- ¿En su medio, parece su niño torpe, descoordinado choca contra las paredes opuestas? _____ Si _____ No
- ¿Tiene su niño dificultad para reconocer personas u objetos al otro lado de la habitación? _____ Si _____ No

Si usted contesto en alguna pregunta si, en esta parte explique con detalle: _____

Comunicación:

- ¿Tiene usted preocupaciones acerca de sus destrezas/ habilidades de comunicación de su hijo? _____ Si _____ No
- ¿Tiene su niño una respuesta cuando usted le pregunta algo? _____ Si _____ No
- ¿Puede la familia entender cuando su niño habla/ expresa? _____ Si _____ No
- ¿Pueden personas fuera de la familia entender cuando su niño habla/ expresa? _____ Si _____ No
- Cuando usted le habla a su niño ¿Cuánto le entiende? Marque a continuación:
 _____ Pocas palabras _____ Muchas palabras _____ direcciones simple _____ Casi todo lo que le digo
- ¿De qué manera su niño le permite saber lo que quiere? Marque todas las que correspondan:
 _____ llora _____ hace algunos sonidos _____ Hace muchos sonidos _____ Usa gestos (señala, agita sus manos, etc.)
 _____ dice unas cuantas palabras _____ Dice muchas palabras, pero una a la vez _____ Usa dos o tres enunciados _____ Usa enunciados largos

Social:

- ¿Cuál es su opinión general con las habilidades sociales de su niño con sus compañeros y adultos? _____
- _____
- _____

Consultantes Profesionales:

Por favor enliste a las agencias o personas con las que su niño o familia ha estado relacionado (Ex: Head Start, DHS, WIC, OHSU, etc.)

Agencia o persona	Número de teléfono	Ciudad

Para la edad de su niño, marque como siente usted que lo está haciendo:

Areas de desarrollo	Mi niño lo está haciendo bien	Estoy algo preocupada	Estoy muy preocupada
Habilidades motoras: usa sus manos, se mueve alrededor			
Habilidad de pensar y entender: juega con juguetes apropiados a su edad correctamente, simple problemas los resuelve			
Habilidades de lenguaje: tiene vocabulario, sigue direcciones, pregunta por ayuda			
Habilidad de expresión: Usted puede entender lo que su niño está diciendo.			
Habilidades en su cuidado personal: baño, comer, vestirse			
Habilidades sociales: se lleva bien con sus compañeros de la misma edad y adultos			
Visión:			
Oído/audición :			