

CUESTIONARIO PARA LOS PADRES

Nombre del niño: _____ Apodo: _____
Grado ____ Escuela _____ Condado: _____
Persona que completa el formulario: _____ Relación con el niño: _____
Médico/ consultorio que remite: _____

PREOCUPACIONES: (Marque y explique las áreas de dificultad o áreas de su hijo que le preocupan):

___ Aprendizaje

___ Conducta

___ Habilidades sociales

___ Desarrollo emocional

___ Juego

___ Tareas escolares

___ Atención

___ Sueño

___ Uso del baño de manera independiente

Describa el objetivo de la visita de hoy y cualquier pregunta específica que tenga: _____

¿Cuándo comenzó a preocuparse sobre los problemas de su hijo? Explique por favor _____

EN CASA:

¿Cómo se comporta su hijo, en general, en las siguientes áreas? (Marque todas las opciones que correspondan).

Interacciones sociales: ___ cooperador, ___ busca compañeros, ___ juega bien con otros, ___ prefiere el juego independiente, ___ tiene dificultad para hacer amigos pero quiere hacerlo, ___ autoritario, ___ agresivo. Explique _____

Actividades diarias: ___ sigue una rutina con facilidad, ___ comprende las rutinas pero necesita guía, ___ no comprende rutinas, ___ fuerte preferencia por las rutinas, ___ se molesta cuando se interrumpen las rutinas, ___ tiene dificultad para hacer transiciones durante el día. Explique _____

Conducta: ___ se comporta bien, ___ desafiante/necesita apoyo, ___ extremadamente difícil de manejar. Explique _____

Sensibilidades: ___ luces ___ sonidos ___ textura / etiquetas ___ tacto, ___texturas/sabores de alimentos

Explique: _____

Sueño: ___ duerme bien, ___ dificultad para quedarse dormido, ___ se despierta por las noches con frecuencia, ___ pone resistencia a la hora de irse a la cama, ___ moja la cama por las noches, ___ ronca, ___ sueño activo, inquieto.

Describe la rutina a la hora de dormir: _____

¿Cuántas horas, en promedio, duerme su hijo por las noches? ___ ¿Duerme solo? ___

Explique _____

Dispositivos (por ej., televisor, tableta) en la habitación / ¿hay límites en su uso?:

Explique _____

Preferencias de actividades de juego o de tiempo libre: _____

Cálculo de tiempo que pasa con los dispositivos por día: _____

INFORMACIÓN / INTERVENCIONES DE LA ESCUELA: (Responda las preguntas o marque, según corresponda)

Resume las notas de su hijo: _____

¿Su maestro tiene alguna preocupación? ___ No ___ Sí Explique: _____

¿Su hijo ha tenido alguna vez un mal resultado en un EOG?: ___ No ___ Sí

Explique: _____

Su hijo ha repetido el grado alguna vez: ___ No ___ Sí Explique: _____

Servicios actuales:

Apoyos educativos que recibe **actualmente:** ___ ninguno, ___ IEP, ___ Plan 504, ___ ayuda estratificada en clase, ___ tutorías, ___ otro (explique _____)

Terapia en la escuela: ___ ninguna, ___ terapia del habla/lenguaje, ___ terapia ocupacional (OT), ___ terapia física (PT), ___ terapia del desarrollo ___ otra (explique _____)

Terapia privada: ___ ninguna, ___ terapia del habla/lenguaje, ___ terapia ocupacional (OT), ___ terapia física (PT), ___ terapia del desarrollo, ___ psicólogo/asesor, ___ otro (explique _____)

Servicios que recibió en el pasado y que ya no recibe:

___ ninguno, ___ terapia del habla/lenguaje, ___ terapia ocupacional (OT), ___ terapia física (PT), ___ IEP, ___ Intervención temprana, ___ otro (explique _____)

Evaluaciones previas:

¿Le han realizado alguna prueba previa a su hijo en la escuela o a través de un médico o terapeuta privado para abordar preocupaciones relacionadas con su aprendizaje, desarrollo, lenguaje, comportamiento o funcionamiento social? ___ No, ___ Sí

En caso afirmativo, resume _____

ANTECEDENTES:**Nacimiento y desarrollo infantil:**

Nacimiento a término ___ Sí ___ No Explique: _____

Parto ___ vaginal ___ cesárea

¿Complicaciones durante el embarazo o parto? ___ Sí ___ No. Explique _____

¿Se fue a casa después de la estancia rutinaria en el hospital? ___ Sí ___ No

Explique _____

¿Fue a la NICU después del nacimiento? ___ Sí ___ No En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo estuvo en la NICU? _____

Marque todos los problemas que la madre tuvo durante el embarazo ___ ninguno, ___ hipertensión, ___ diabetes gestacional, ___ anemia por deficiencia de hierro, ___ exposición a humo de tabaco, ___ exposición a drogas o medicamentos, ___ situación social estresante significativa, ___ uso de alcohol

Desarrollo infantil (calcule la edad aproximada a la que su hijo hizo lo siguiente):

- Social: Sonrió _____ Señaló para mostrar cosas _____ Ansiedad de separación _____
- Motor: Gateó _____ Caminó _____
- Lenguaje: Señaló para solicitar cosas _____ Usó palabras _____ Usó frases _____

¿Su hijo respondía a su nombre cuando cumplió 1 año? ___ Sí, ___ No

¿Su hijo imitaba acciones (movía su mano diciendo adiós) y usaba los juguetes con un objetivo a los 18 meses? ___ Sí ___ No

¿Su hijo ha perdido una habilidad que ya había adquirido? ___ Sí ___ No

Explique _____

Antecedentes médicos: (Enumere o explique todo lo que se aplica a su hijo)

Afecciones, diagnósticos y tratamientos médicos actuales: _____

Medicamentos actuales: _____

¿Alergias a algún medicamento? ___ Sí ___ No. Explique _____

Tratamientos y afecciones médicas pasadas: _____

¿Operaciones y hospitalizaciones médicas pasadas? _____

¿Su hijo usa lentes? ___ Sí ___ No. ¿Cuándo le hicieron el último examen de ojos? _____

¿Tiene antecedentes de infecciones en los oídos? ___ Sí ___ No. ¿Cuándo le hicieron el último examen de oídos? _____

¿Le han diagnosticado TDAH a su hijo? ___ Sí ___ No ¿Cuándo? _____

¿Ha estado su hijo bajo tratamiento con un asesor o terapeuta? ___ Sí, ___ No

Explique _____

¿Algún especialista médico atiende a su hijo? ___ Sí, ___ No Explique _____

Si a su hijo le van a hacer algún procedimiento o prueba médica próximamente, explique: _____

INFORMACIÓN FAMILIAR:

Indique quién vive con el niño en casa: (Por ejemplo, madre, padre, hermano, abuelo, etc.):

Si el niño ha vivido con alguien más que los mencionados antes, como su padre o cuidador, explique:

Marque si hay antecedentes familiares conocidos de: ____ problemas de aprendizaje, ____ dislexia, ____ TDAH, ____ ansiedad, ____ depresión, ____ trastorno bipolar, ____ trastorno del espectro autista, ____ esquizofrenia, ____ otro (explique _____)

RASGOS PERSONALES:

¿Cómo describiría a su hijo frente a otros? _____

¿Qué es lo que más le gusta a usted sobre su hijo? _____

Agregue todo comentario adicional que desee abajo:

Gracias por tomarse el tiempo para completar esto. ¡Esperamos poder reunirnos pronto!