

PERSPECTIVAS DEL CUIDADOR

Estimados Padres/Encargados, Tutores: Usted conoce mejor a su niño. Por favor comparta lo que sabe con nosotros. La información que usted comparta nos ayudará a completar una evaluación exhaustiva de las fortalezas y necesidades de su niño. Si prefiere compartir información verbalmente, llame al 610-987-8543 y solicite programar una entrevista de perspectivas del cuidador.

Nombre de niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de hoy: _____
 Formulario completado por: _____ Relación con el niño: _____
 Dirección: _____
 Teléfono: _____ Correo electrónico: _____
 ¿Recibe su niño/a asistencia médica? Sí No De ser así, por favor escriba el # MA: _____

INFORMACIÓN FAMILIAR: DÍA TÍPICO

Describa la rutina diaria de su niño (ej. dormir/hora de comer, actividades comunitarias etc.)

¿Tiene usted preocupaciones sobre su niño en las siguientes áreas?	
Comunicación <i>Ej. hablando, entendiendo/comprendiendo</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comentarios: _____
Resolución de Problemas /Pre académicas <i>Ej. atención, memoria, conceptos</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Habilidades Sociales <i>Ej. habilidades de juego interacción</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Behavior <i>Ej. desafío, agresión</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Habilidades de autoayuda <i>Ej. alimentarse, vestirse, ir al baño</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Habilidades motoras finas <i>Ej. músculos pequeños (recoger objetos, dibujando)</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Habilidades motoras gruesas <i>Ej. músculos grandes (caminar, correr, saltar)</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Cuáles son sus principales preocupaciones con su hijo?

¿Cuáles son las fortalezas o características positivas de su hijo?

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA: RECURSOS

¿Quién vive con el niño en el hogar?		
Nombre	Relación	Edad

Encuesta del Idioma

¿Qué idiomas se hablan en su hogar? _____

¿Qué idioma escucha su hijo con más frecuencia en el hogar? _____

¿Qué idioma habla su hijo con más frecuencia en el hogar? _____

¿Hay algún asunto familiar que podría estar afectando el desarrollo de su niño?

(ej. mudarse recientemente, divorcio/separación, muerte de un familiar/mascota, cambio en su estilo de vida)

Sí No De ser sí, favor enumerar:

¿Hay alguna preocupación cultural por parte de su familia con respecto a la educación de su hijo?

(ej. preferencias religiosas, de idioma o culturales)

Sí No De ser sí, favor enumerar:

¿Asiste su hijo a una guardería/centro de cuidado de niños, pre escuela o a un grupo de juego que se reúna regularmente? Sí No

Nombre del programa: _____ Nombre de la maestra: _____

Número de teléfono: _____ Días y horas: _____

Dirección: _____

Aparte de la familia inmediata, ¿hay otras personas o apoyos comunitarios participando en la vida de su hijo? *(ej. parientes, amigos, organizaciones religiosas o comunitarias, clubes/deportes, actividades en la biblioteca)*

Sí No De ser sí, favor enumerar

SALUD, AUDICIÓN Y VISIÓN

Historial de Nacimiento:

Duración del embarazo (en semanas): _____ Peso al nacer: _____

Describa cualquier complicación/circunstancia inusual que experimentó durante el embarazo, parto o alumbramiento:

Historia Familiar	
Favor marque todo lo que corresponda.	Relación (ej. padres, hermanos, primos)
<input type="checkbox"/> Preocupaciones del habla/lenguaje	_____
<input type="checkbox"/> Retrasos del desarrollo	_____
<input type="checkbox"/> Dificultades de aprendizaje	_____
<input type="checkbox"/> Trastorno hiperactivo/déficit de atención (ADHD)	_____
<input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista	_____
<input type="checkbox"/> Problemas de salud mental (ej. depresión, ansiedad)	_____
<input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo	_____
<input type="checkbox"/> Otro (Favor enumerar)	_____

¿Quién es el médico de su hijo?	
Nombre del médico: _____	Número de teléfono: _____
Dirección: _____	
Fecha de la visita de rutinaria/seguimiento más reciente: _____	

¿Están las vacunas de su hijo al día?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Se requerirá prueba de vacunas para que su hijo reciba servicios si se determina que es elegible.	

¿Su hijo ha sido diagnosticado con alguna condición? (ej. autismo, ADHD, apraxia, trastorno genético)	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser sí, por quién (ej. nombre de la agencia/pediatra/psicólogo): _____	
Favor describir (y proporcione documentación como un informe de evaluación, si está disponible): _____	

¿Su hijo toma medicamento(s)?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser sí, por favor indique el nombre, la dosis y el motivo de tomarlo: _____	

¿Su niño usa equipo de adaptación? (ej. anteojos/espejuelos, audifono, equipo ortopédico, silla de ruedas)	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser sí, favor describir: _____	

¿Ha experimentado su hijo alguno de los siguientes?			
Altos niveles de plomo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Fecha de la prueba más reciente? _____	¿Qué nivel? _____
Resfriados frecuentes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Con qué frecuencia? _____	
Enfermedades/ accidentes graves	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Favor describir. _____	
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Favor describir. _____	
Alergias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Favor describir. _____	
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Audición (Favor compartir una copia del audiograma más reciente, si está disponible)

Resultados del examen de audición más reciente:	<input type="checkbox"/> Pasó <input type="checkbox"/> Falló
Fecha del examen de audición: _____	¿Quién condujo el examen? _____
¿Padece su niño de frecuentes infecciones en los oídos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser sí, ¿Con qué frecuencia? _____
¿Le han colocado tubos en los oídos a su niño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser sí, ¿Cuándo fueron colocados? _____
¿Le han recetado audífonos a su niño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene usted preocupación con la audición de su niño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Visión

Resultado del examen de la visión más reciente:	<input type="checkbox"/> Pasó <input type="checkbox"/> Falló
Fecha del examen de la visión: _____	¿Quién condujo el examen? _____
¿Le han recetado a su niño anteojos/espejuelos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene usted preocupación con la visión de su niño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

De esto ser necesario, no dude en incluir comentarios adicionales aquí.

¡GRACIAS!