



inspiring. excellence.

## HISTORIA SOCIAL Y DE DESARROLLO

Fecha: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

ID/STN: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

*La siguiente información se considera confidencial. Por favor responda todas las preguntas lo mejor que pueda.*

Información de Identificación	
Nombre del niño/a:	_____
Fecha de nacimiento y edad:	Fecha de Nac.: _____ Edad: _____
Género y raza:	Género: _____ Raza: _____
Persona que llena esta forma:	Nombre: _____ ¿Tiene usted la custodia legal del niño? Sí No
Family Information	
Dirección de la casa:	Numero y calle: _____ Apt/lot #: _____
	Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
	Condado: _____
Numero(s) de teléfono y correo electrónico:	Casa: _____ Celular: _____
	Trabajo: _____ correo electrónico: _____
Información acerca de los Padres Biológicos o Guardián	
Padre/Guardián	
Nombre de guardián femenina:	Edad: _____ Nivel de Educación que ha completado: _____ Ocupación: _____ Puesto en el trabajo: _____ Empleador: _____ ¿Vive en casa con niño? Sí No
Relación: <input type="checkbox"/> Madre biológico <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Madre Adoptiva <input type="checkbox"/> Abuela <input type="checkbox"/> Otro tipo de familiar femenina <input type="checkbox"/> Mujer que no tiene relación familiar.	<b>Si usted no es la madre biológica:</b> Edad: _____ Nivel de Educación que ha completado: _____ Ocupación: _____ Puesto en el trabajo: _____ Empleador: _____ ¿Vive en casa con niño? Sí No
Nombre de guardián masculino:	Edad: _____ Nivel de Educación que ha completado: _____ Ocupación: _____ Puesto en el trabajo: _____ Empleador: _____ ¿Vive en casa con niño? Sí No
Relación: <input type="checkbox"/> Padre biológico <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otro tipo de familiar masculino <input type="checkbox"/> Hombre que no tiene relación familiar.	<b>Si usted no es el padre biológico:</b> Edad: _____ Nivel de Educación que ha completado: _____ Ocupación: _____ Puesto en el trabajo: _____ Empleador: _____ ¿Vive en casa con niño? Sí No

El niño es:	<input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Adoptado <input type="checkbox"/> Otro
Los padres del niño están:	<input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Nunca se han casado
Haga una lista de todos los hermanos y hermanas, incluyendo a los medios hermanos y los hermanastros.	Nombre: _____ Edad: _____ ¿Viven con el niño? Sí No
	Nombre: _____ Edad: _____ ¿Viven con el niño? Sí No
	Nombre: _____ Edad: _____ ¿Viven con el niño? Sí No
	Nombre: _____ Edad: _____ ¿Viven con el niño? Sí No
	Nombre: _____ Edad: _____ ¿Viven con el niño? Sí No
Escribe el nombre de cualquiera otra persona que vive en la casa con el niño y explique la relación que esta persona tiene con el niño.	Nombre: _____ Relación: _____
	Nombre: _____ Relación: _____
	Nombre: _____ Relación: _____
¿Hay tensiones o presiones en la familia que sean fuertes o afectan al niño?	_____ _____ _____
Lengua Principal hablado por estudiante:	_____
Otros idiomas hablados en casa:	_____
<b>Embarazo e Historia de Nacimiento</b>	
Edad de la madre cuando tuvo al niño y número del niño en la familia:	Edad: _____ Este embarazo era: <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/> 4° <input type="checkbox"/> 5°
¿Tuvo la madre del niño algún problema de salud durante el embarazo de este niño? Si contestó sí, por favor explique..	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: _____ _____ _____
El bebé nació:	<input type="checkbox"/> A los nueve meses <input type="checkbox"/> Prematuro: _____ semanas de adelanto <input type="checkbox"/> Se pasó de 9 meses Peso al nacer: _____ lbs. _____ oz.
Respiró el bebé por si mismo en cuanto nació?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No
APGAR scores( <i>Si ud. sabe. APGAR es un número que le dan al bebé al nacer de acuerdo con su condición de salud</i> ):	Un minuto: _____ Cinco minutos: _____
¿Hubo algún tipo de dificultad en el parto? ¿Nació el bebé con un defecto? Si fue así, explique por favor.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: _____ _____ _____

¿Se usaron forceps o succión en el momento del parto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿A los cuantos días de nacer salió del hospital el bebé?	
¿Tuvo el bebé algún problema durante su primer año de vida? Si fue así, explique por favor.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: _____
¿Tenía que regresar al hospital durante su primer año de vida? Si fue así, explique por favor.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: _____ _____ _____
<b>Historia del Desarrollo</b>	
<b>Habilidades Motoras</b>	
A qué edad el niño:	Se sentó: _____ Gateó: _____ Caminó: _____
¿Fue diferente el niño en el desarrollo de sus habilidades motoras en comparación con sus otros hermanos/as?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Con qué mano escribe y hace los movimientos más importantes?:	<input type="checkbox"/> Con la derecha <input type="checkbox"/> Con la izquierda <input type="checkbox"/> Con las dos
Alguna vez ha tenido Terapia Ocupacional (OT) o Terapia Física? (PT)? Si fue así, explique por favor.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: _____ _____
<b>Lenguaje</b>	
A qué edad el niño:	Dijo su primera palabra: _____ Dijo dos o tres palabras juntas: _____
¿Tuvo el niño dificultad para mamar, masticar, o babeaba cuando no debía babear? Si fue así, explique por favor.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: _____ _____
¿Se tardó mucho el niño en empezar a hablar (por ejemplo difícil entenderle, tartamudeo)? Si fue así, explique por favor.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: _____ _____
¿Alguna vez ha recibido el niño Terapia de Lenguaje? Si es así, explique por favor.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: _____ _____
<b>Uso del Baño</b>	
A qué edad le enseñaron el niño usar el baño?	Para orinar: _____ Para defecar: _____
¿Se orinaba en la cama durante la noche el niño, o se orinaba durante el día o se ensuciababa? Explique si fue así.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: _____ _____

<b>Temperamento y Desarrollo Social</b>	
¿Era fácil consolar o calmar al niño cuando era bebé?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tenía cólicos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene su niño/a dificultad para llevarse bien con otros niños de su edad?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí:
¿Tiene Dificultad su hijo para hacer o conservar amigos? Si es así, explique por favor	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: _____ _____
El niño se lleva mejor con (marque todos que correspondan):	Niños: <input type="checkbox"/> de la misma edad <input type="checkbox"/> Más chicos <input type="checkbox"/> Más grandes <input type="checkbox"/> Adultos
¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor a su hijo en una situación social?	<input type="checkbox"/> No tiene problemas para unirse en un grupo de niños que están jugando. <input type="checkbox"/> A veces tiene problemas para unirse a un grupo de niños que están jugando pero cuando alguien le dice que vaya a jugar, lo hace. <input type="checkbox"/> Casi nunca juega con otros niños, prefiere jugar solo. <input type="checkbox"/> Sólo se relaciona con miembros de la familia. <input type="checkbox"/> Normalmente, no busca relacionarse socialmente para nada.
<b>Historia Médica Familiar del Niño</b>	
Fecha del último examen físico:	<input type="checkbox"/> Hace menos que 6 meses <input type="checkbox"/> hace 6 - 12 meses <input type="checkbox"/> hace 1-2 años <input type="checkbox"/> Hace más de 2 años
¿Algún problema con la visión o el oído? Si es así, explique por favor	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí:
¿Ha tenido el niño problemas de infecciones del oído muy frecuentes o alguna operación para ponerle tubos en el oído? Si es así, explique por favor.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: _____ _____
Haga una lista de enfermedades serias o heridas, hospitalizaciones, u operaciones.	<input type="checkbox"/> Ninguna Haga la lista incluyendo fechas: _____ _____
Describa si ha tenido algún tipo de herida en la cabeza: (Fecha, qué pasó, cambios en la conducta después).	_____ _____
Haga una lista de las hospitalizaciones, u operaciones	<input type="checkbox"/> Ninguna Haga la lista incluyendo fechas: _____ _____
Alguna vez ha tenido el niño: (Marque todos que correspondan)	<input type="checkbox"/> Convulsiones o epilepsia <input type="checkbox"/> Tics o movimientos nerviosos <input type="checkbox"/> Envenenamiento por plomo <input type="checkbox"/> Pérdida del conocimiento <input type="checkbox"/> Exposición a sustancias tóxicas <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Alergias

Qué medicamentos (si algunos) se han usado para tratar estas enfermedades en <i>el pasado</i> .	Medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____
	Medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____
	Medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____
	Medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____
Medicamentos que toma actualmente, dosis y razón:	Medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____
	Razón: _____
	Medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____
	Razón: _____
	Medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____
	Razón: _____
Ha tenido el niño problemas con: ( <i>Marque todos que correspondan</i> )	<input type="checkbox"/> Relaciones sociales <input type="checkbox"/> Dolores abdominales/Vómito <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> Dificultad para dormir <input type="checkbox"/> Dificultad para comer <input type="checkbox"/> Agresividad <input type="checkbox"/> Desobediencia en casa <input type="checkbox"/> Depresión u Hostilidad
	<input type="checkbox"/> Impulsividad/Hiperactividad <input type="checkbox"/> Berrinches <input type="checkbox"/> Angustia/Morderse de uñas <input type="checkbox"/> Torpeza <input type="checkbox"/> Lastimarse a sí mismo <input type="checkbox"/> Olvida mucho <input type="checkbox"/> Inconformidad/Desobediencia en la escuela <input type="checkbox"/> Pensamientos o acciones suicidas
<b>Actualización de la Historia Social</b>	
Marque el tipo de comportamiento que describe a su hijo: ( <i>Marque todos que correspondan</i> )	<input type="checkbox"/> Conciente de sí mismo <input type="checkbox"/> Se siente inferior <input type="checkbox"/> No puede poner atención <input type="checkbox"/> No termina sus tareas o trabajos <input type="checkbox"/> Discute, se pelea <input type="checkbox"/> Tiene miedos que no son comunes <input type="checkbox"/> Sueña despierto <input type="checkbox"/> No tiene confianza en sí mismo <input type="checkbox"/> Presume, fanfarronea <input type="checkbox"/> Se distrae
	<input type="checkbox"/> No se puede estar quieto <input type="checkbox"/> Impulsivo <input type="checkbox"/> Le preocupan los cambios de su cuerpo <input type="checkbox"/> Se emociona con facilidad <input type="checkbox"/> Se encapricha o hace pucheros <input type="checkbox"/> Tiene cambios de humor rapidos <input type="checkbox"/> Excesivamente activo <input type="checkbox"/> Muestra indiferencia <input type="checkbox"/> Cambia mucho <input type="checkbox"/> Se aprovecha de otros / maltrata de otros <input type="checkbox"/> Being bullied
Marque los factores que afectan a la familia:	<input type="checkbox"/> Problemas de Una familia mezclada <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Divorcio/Separación <input type="checkbox"/> Encarcelamientos
	<input type="checkbox"/> Conflictos entre padres y hijos <input type="checkbox"/> Conflictos entre hermanos <input type="checkbox"/> Problemas de custodia <input type="checkbox"/> Conflictos entre los padres <input type="checkbox"/> Cambios frecuentes de casa o lugar para vivir

Describir acontecimientos significativos o preocupaciones que afectan a su hijo/a:	<hr/> <hr/> <hr/>
¿Hay alguien en la familia que tenga historia de problemas de aprendizaje? Si es así explique por favor.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: <hr/> <hr/>
Hay alguien en la familia que tenga un problema similar al del niño? Si es así explique por favor.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: <hr/> <hr/>
¿Ha tenido su niño contacto con un psiquiatra, psicólogo, clínica o agencia privada? Explicar si la respuesta es sí. ¿Su niño ha tenido una evaluación?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: <hr/> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No      ¿La escuela tiene una copia de la evaluación?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Hay alguien en la familia que haya tenido problemas de salud mental? Si es así, explique por favor.	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí: <hr/> <hr/>
Describir la actitud del niño hacia la escuela:	<hr/> <hr/> <hr/>
Describe los amistades del niño (¿cuántos, qué edad, se llevan bien? )	<hr/> <hr/> <hr/>
¿Cuáles son las actividades de su niño cuando no van a la escuela?	<hr/> <hr/> <hr/>
Haga una lista de las tareas y responsabilidades de su hijo en el hogar.	<hr/> <hr/> <hr/>
¿Cuáles son sus objetivos para el futuro del niño?	<hr/> <hr/> <hr/>

**Consulta a Expertos Profesionales y Otro Tipo de Profesionales**

Lista, por favor, todos los que participan en el cuidado del niño, incluyendo médicos, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas, trabajadores de casos en DCS o agentes de probación:	Nombre/Profesión: _____	Forma en que participa: _____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

**Los Puntos Fuertes y Débiles del Niño**

Por favor, utilice este espacio para anotar los puntos fuertes (positivas) de su hijo/a:	_____
	_____
	_____
	_____

Por favor, utilice este espacio para anotar los puntos debiles de su hijo/a:	_____
	_____
	_____
	_____

Utilice este espacio para anotar comentarios adicionales:	_____
	_____
	_____
	_____

**Información Preescolar Actual**

Nombre de la escuela Preescolar: _____
Niño asiste a la escuela: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial Cuantos días semanales: _____ Cual horas del día: _____