

**Historial del desarrollo**

Alumno: \_\_\_\_\_

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

Completado por: \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Por favor complete y devuelva lo antes posible a: \_\_\_\_\_

**Información de la familia**

¿Vive el niño con ambos padres biológicos? \_\_\_\_\_ Si no, ¿con quien vive el niño? \_\_\_\_\_

¿Hay otros adultos en el hogar? \_\_\_\_\_

Si es así, enumere: \_\_\_\_\_

¿El niño es adoptado? \_\_\_\_\_ Si es así, ¿a qué edad? \_\_\_\_\_

Los padres del niño ¿están separados o divorciados? \_\_\_\_\_ Si es así, ¿qué edad tenía el niño en el momento en que ocurrió esto? \_\_\_\_\_

¿Quién tiene la custodia del niño? \_\_\_\_\_ ¿Ve el niño al otro padre/madre? \_\_\_\_\_

¿Ha vivido el niño con alguien que no sea sus padres (cuidado de crianza, cuidado temporal, etc?) \_\_\_\_\_

¿Alguno de los miembros de la familia ha tenido algún problema con alguno de los siguientes: (como una enfermedad crónica, alcoholismo, drogadicción, encarcelamiento, enfermedad mental, abuso, etc.) \_\_\_\_\_ Si es así, describa: \_\_\_\_\_

¿Alguien en la familia (que no sea el niño) ha sido diagnosticado con autismo, una discapacidad del desarrollo o ha tenido problemas de aprendizaje? \_\_\_\_\_ Si es así, describa: \_\_\_\_\_

¿Ha habido cambios significativos en la familia? \_\_\_\_\_ Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

Por favor liste los nombres de otros niños en la familia. Indique las edades, si la persona vive con este niño y la relación del niño con esta persona.

Nombre	Edad	¿Vive en el mismo hogar donde vive el niño?		Parentesco con el alumno (hermana, Hermano, etc.)
		si	no	
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**Historia Prenatal/Nacimiento**

¿Hubo complicaciones durante el embarazo? \_\_\_\_\_

La edad de la madre en el momento del nacimiento de este niño: \_\_\_\_\_ Peso del niño al nacer: \_\_\_\_\_

¿Fue el nacimiento inusual de alguna manera? (¿problemas médicos?) \_\_\_\_\_

¿Prematuro? \_\_\_\_\_ Si así fué, ¿qué tan temprano? \_\_\_\_\_ ¿Nació después de tiempo? \_\_\_\_\_ Si así fué, ¿Qué tan tarde? \_\_\_\_\_

**Historial del Desarrollo a temprana edad**

	No	Si	Comentarios
1. ¿Balbuceaba el niño entre los 10 y 12 meses?			
2. ¿Hacía el niño a menudo ruidos para llamar su atención?			
3. ¿Utilizó el niño gestos de 10 a 12 meses? (por ejemplo, saludaba o apuntaba)			
4. ¿Decía el niño palabras a los 16 meses?			
5. ¿Decía el niño frases de 2 palabras a los 24 meses? (que no implicará repetir o imitar)?			
6. ¿Respondía el niño cada vez más a su nombre de 6 meses a 12 meses?			
7. ¿El niño hacía contacto visual con el cuidador frecuentemente?			
8. ¿Parecía el niño interesado en los demás?			
9. ¿Parecía que el niño oía cuando otros le hablaban?			
10. ¿Se acercaba el niño cuando otros trataban de cargarlo?			
11. ¿El niño sonreía o tenía otras expresiones alegres a los 6 meses?			
12. ¿Usaba el niño señalamientos para expresar intereses o para "mostrarle" objetos a usted o a alguien más?			
13. ¿Se involucraba a menudo el niño en compartir/regresar sonrisas, sonidos o expresiones faciales?			
14. ¿Seguía el niño objetos con su vista?			

	Si	No	Comentarios
1. ¿Ha habido alguna pérdida significativa de lenguaje u otras habilidades?			
2. ¿Ha habido dificultades significativas con el aprendizaje?			

¿Qué habilidades se "perdieron" o qué dificultades de aprendizaje se han visto?

---

¿Ha habido retrasos en el desarrollo del habla/lenguaje? Si No; Si es así, describa: \_\_\_\_\_

¿Ha habido retrasos en el desarrollo de habilidades motoras finas o graves? Si No; Si es así, describa: \_\_\_\_\_

¿Ha habido retrasos en el desarrollo de las habilidades de socialización (por ejemplo, hacer amigos, llevarse bien con los demás)? Si No; Si es así, describa: \_\_\_\_\_

¿Ha habido retrasos en el desarrollo de las habilidades de autoayuda (por ejemplo, vestirse, ir al baño, alimentarse, seguridad personal, ayudar a otros)? Si No; Si es así,

describa: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Características tempranas y actuales**

Marque cualquiera de las características a continuación que describen a este niño durante los primeros años de desarrollo y las que lo describen actualmente. Describa los comportamientos que ha marcado en las líneas siguientes.

<u>Temprana</u>	<u>Actual</u>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tímido o vergonzoso _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cariñoso _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Berrinches _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comportamiento atrevido _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Muy activo, inquieto _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Menos activo que otros niños _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Buena interacción con otros niños _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Buena interacción con adultos _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene pocos o ningún amigo _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parece inmaduro para su edad _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene problemas para prestar atención _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Llora más que otros de la misma edad _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quiere que lo dejen solo _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Miedos inusuales _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se menea o se golpea la cabeza _____

**Historial médico**

¿Tienen problemas o inquietudes sobre la vista o la audición? \_\_\_\_ Si es así, por favor describa,  
\_\_\_\_\_

¿Tiene el niño algún problema físico? \_\_\_\_ Si es así, explique. \_\_\_\_\_

¿Ha tenido el niño convulsiones? \_\_\_\_ ¿Qué edad tenía el niño cuando esto sucedió? \_\_\_\_ Por favor describa: \_\_\_\_\_

¿Ha estado el niño en consejería? \_\_\_\_ Si es así, cuándo y con quién: \_\_\_\_\_

¿Tiene el niño antecedentes de infecciones de oído? \_\_\_\_ Si es así, describa la edad y las intervenciones médicas (por ejemplo, tubos, etc.)  
\_\_\_\_\_

¿Alguna vez el niño tuvo una lesión en la cabeza que requirió tratamiento médico? \_\_\_\_ Si es así, describa la lesión:  
\_\_\_\_\_

¿Alguna vez el niño el niño has sido hospitalizado?  
\_\_\_\_\_

¿Alguna vez un proveedor médico ha identificado al niño como hiperactivo o con trastorno por déficit de atención? \_\_\_\_ Si es así, ¿A qué edad? \_\_\_\_\_

¿Está él / ella actualmente tomando medicamentos para este trastorno? \_\_\_\_ Si es así, ¿qué medicamento?  
\_\_\_\_\_

¿Está su hijo actualmente tomando algún medicamento o está siendo tratado por alguna otra enfermedad o trastorno?  
\_\_\_\_\_ En caso afirmativo, describa la enfermedad/trastorno y la medicación.

¿Alguna vez se le ha diagnosticado a su hijo un trastorno del desarrollo (por ejemplo, retraso del desarrollo, autismo, discapacidad intelectual, discapacidad del aprendizaje, discapacidad del habla o de la comunicación)? Si No

Si es así, ¿cuál fue el diagnóstico, cuándo sucedió esto y quién lo diagnosticó?

¿Alguna vez se le ha diagnosticado a su hijo un problema de salud mental, socioemocional o de comportamiento (por ejemplo, desafiante a la oposición, trastorno, trastorno de la conducta, trastorno de adaptación, trastorno del estado de ánimo (por ejemplo, depresión, trastorno bipolar), trastorno del pensamiento, trastorno de ansiedad, esquizofrenia)? Si No  
Si es así, ¿cuál fue el diagnóstico, cuándo sucedió esto y quién lo diagnosticó?

¿Ha experimentado el niño estrés significativo, comportamientos extremadamente abusivos de otros o eventos traumáticos?  
Yes No

### Dificultades de educación

Si está en la escuela, ¿qué le gusta a su hijo de la escuela?

¿Qué no le gusta a su hijo sobre la escuela?

¿Cuáles cree que son los principales problemas de su hijo en la escuela?

¿Cuáles cree que sean las fortalezas o las mejores cualidades de su hijo?

¿Ha tenido su hijo dificultades significativas con alguno de los siguientes?:

- |  |   |
|--|---|
| Escuchar_____                              | Seguir indicaciones_____                                  |
| Poner atención durante lecciones_____      | Participar en discusiones_____                            |
| Recordar lo que se ha aprendido_____       | Permanecer haciendo un trabajo_____                       |
| Seguir las reglas de la escuela/clase_____ | Terminar asignaciones/trabajo en clase_____               |
| Estudiar_____                              | Hacer tarea_____  |
| Organizar materiales de trabajo_____       | Estar al día con las tareas_____                          |
| Respetar a los demás_____                  | Trabajar/jugar en equipo_____                             |
| Tomar un examen_____                       | Socializar adecuadamente con sus compañeros, adultos_____ |
| Buscar ayuda cuando es necesario_____      | Hablar claramente_____                                    |

¿Qué notó por primera vez que le hizo pensar que su hijo podría tener dificultades?

¿Hay algo más que debemos saber sobre este niño para ayudar a las escuelas a proporcionar la asistencia adecuada?