

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre De Persona Que Completo El Cuestionario: \_\_\_\_\_

Relación Con El Niño: \_\_\_\_\_ Correo Electronico (Email): \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN:**

Informacion	
Nombre de paciente	
Fecha de nacimiento	
Dirección del paciente	
Nombre de Padre 1 o Guardian Legal y número de teléfono	
Nombre de Padre 2 o Guardian Legal y número de teléfono	
Nombre del Pediatra	
Nombre del médico de referencia	
Escuela o el nombre de programa	
Nombre del profesor y grado	
La persona de contacto de la escuela	

**PREOCUPACIONES:**

Cuál es su principal preocupación?

---



---

A qué edad comenzó el problema?

---



---

Cómo podemos ayudarlo?

---



---

Qué otros problemas tienen sobre el comportamiento o desarrollo?

---



---

El niño ha sido previamente evaluado en relación con este problema o problemas relacionados con el desarrollo, el comportamiento o la educación?  Si /  No

Quien completó la evaluación		Fecha	Resultados de la evaluación
Intervención Temprana o Centro Regional	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No		
Escuela o Equipo IEP	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No		
El Psicólogo	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No		

Especialista en Educación	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No		
Therapista	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No		
Otro:			
Otro:			

El niño tuevo retrasos en el desarrollo temprano?  Si /  No

El niño alguna vez muestran regresión o perder habilidades que anteriormente tenían?  Si /  No

**Cuántos años tenía el niño cuando aparecieron las siguientes habilidades?**

<b>Destreza</b>	<b>la edad</b>	<b>Comentario</b>
Sentado sin ayuda		
Caminar		
Decir las primeras palabras		
Hacer frases de 2 palabras		
Usar el baño durante el día		
Mostrando juego de fingimiento o imaginario		
Aprender Letras y números		
Aprender a leer		

**FUNCIONAMIENTO ADAPTATIVO:**

Cuáles son las cosas que su niño le gusta hacer? \_\_\_\_\_

Cuáles son las fortalezas del niño? \_\_\_\_\_

Qué nueva habilidad (es) ha aprendido el niño en el último año? \_\_\_\_\_

Qué habilidad (es) ha luchado el niño para aprender en el último año, a pesar de tentativas en la enseñanza? \_\_\_\_\_

Por favor díganos cómo este niño se compara con otros niños de la misma edad? \_\_\_\_\_

**Compruebe la última columna si no estás seguro o el niño es demasiado pequeño o que la habilidad.**

<b>Área de desarrollo</b>	<b>Mucho Retrasado</b>	<b>Poco Retrasado</b>	<b>Igual Que Los Demás</b>	<b>Un Poco Adelante</b>	<b>Mucho Adente</b>	<b>No Estoy Seguro / Demasiado Joven</b>
Aprendiendo						
La Lectura						
La Escritura						
Matemáticas						
La Ciencia						
Estudios Sociales						
Arte						
Música						
Manejo de tareas y demandas						
Comunicación o hablar						
Entender dirección de la comprensión						
A pie o en movilidad						
Atletismo o deportes						
Capacidad de utilizar las manos y los dedos						
Cuidar de sí mismo, como						

vestirse, bañarse, etc...						
Relativas a la familia de cierre						
Relacionarse con adultos						
Relacionarse con otros niños						

**Tiene preocupaciones en alguna de las áreas siguientes?**

Area		Describir
Comer, alimentación, la nutrición, incluyendo dieta limitada	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
Usar el sanitario, incluidos los problemas de orina o heces?	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
Dormir, incluso dificultad con dormirse o ronquidos	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
Intereses intensos o inusuales	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
Comportamientos repetitivos	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
Otro:	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
Otro:	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	

**Por favor, indique los servicios que su niño recibe o ha recibido anteriormente:**

Servicios	Edad cuando comenzo	Proveedor	Comentario
Guardería o Preescolar			
Intervención Temprana, IFSP			
Terapia de Lenguaje			
Terapia Ocupacional			
Fisioterapia			
Análisis Behaviorístico Aplicado, ABA			
Educación General			
Educación Especial, IEP			
Servicios de Salud Mental			
Centro Regional (Más de 3 años)			
Otro:			

**NACIMIENTO PASADO E HISTORIAL MÉDICO:**

Fue nacido el niño cerca del vencimiento (en el término?)  Si /  No Si no, cuántas semanas de gestación al nacer? \_\_\_\_\_ Cuánto peso cuando nacio? \_\_\_\_\_ La edad de la madre cuando nacio el nino? \_\_\_\_ Cuántas veces la madre ha estado embarazada? \_\_\_\_ Qué orden de nacimiento era este niño? \_\_\_\_\_ Es este niño a gemelos o trillizos?  Si /  No Nombre de gemelo (s): \_\_\_\_\_ Problemas durante el embarazo o el parto??  Si /  No Si? describir:

Trataron al niño en la unidad de cuidados intensivos?  Si /  No Si? describir: \_\_\_\_\_

Alguna vez su nino?	Fecha	Razon Y Resultado
Ha estado al servicio de emergencia		
Estuvo hospitalizado		
Tiene condiciones médicas crónicas		
Tuvo un accidente grave		
Lo operaron		
Alguna vez su nino ha sido evaluado para		Fecha de evaluación

El oído	<input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No	
Visión (Ojos)	<input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No	
Condición Genética	<input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No	
Afecciones neurológicas, como convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No	
Otro:	<input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No	

### MEDICAMENTOS:

Lista de todos los medicamentos que el niño está teniendo: \_\_\_\_\_

Cualquier tratamiento complementario o alternativo, que el niño usa: \_\_\_\_\_

### ALERGIA:

El niño tiene alergias?  Sí /  No: \_\_\_\_\_

### HISTORIA SOCIAL:

¿Es el niño adoptado? ¿ Sí  No están los padres divorciados o separados? Sí  /  No ¿Ha su familia ha tenido un significativo estrés, trauma o pérdida que usted piensa que puede haber impactado al niño?  Sí /  No por favor, describa brevemente ¿qué, Cuándo, y es sobre o curso? \_\_\_\_\_

Cualquier información sobre su familia le gustaría compartir? \_\_\_\_\_

### ¿Quién es en tu familia?

Miembro de la familia	Vive en casa	Edad	Nombre	Educación	Ocupación
Padre 1	<input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No				
Padre 2	<input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No				
Hermano 1	<input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No				
Hermano 2	<input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No				
Hermano 3	<input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No				
Otro:	<input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No				
Otro:	<input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No				
Otro:	<input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No				
Otro:	<input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No				

### ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES:

#### ¿Alguien en la familia tiene (o tenía) cualquiera de las siguientes condiciones?

La Condición		¿Que miembro de la familia?
Retrasos en el desarrollo	<input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No	
Retrasos en el lenguaje/habló a finales de la edad	<input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No	
Problemas de aprendizaje, como dislexia o mala lectura	<input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No	
Retraso Global de discapacidad intelectual	<input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No	
Autismo	<input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No	

Déficit de atención (ADHD)	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
Depresión o ansiedad, incluido el suicidio)	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
Esquizofrenia o trastorno bipolar	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
Un tic nervioso o el síndrome de Tourette	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
Trastorno genético o defecto congénito	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
Convulsiones o epilepsia	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
Adicción o alcoholismo	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
Enfermedades cardíacas, incluyendo muerte súbita	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
Otro:	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
Otro:	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	

**REVISIÓN DE SÍNTOMAS:**

**Que no sea la información que ya ha proporcionado, el niño tiene otras condiciones?**

Condición o el cuerpo área o función		Describir
Salud general, como nivel de energía, dificultad ganando peso o sobrepeso	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
Ojos o visión	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
Orejas o audición	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
Boca o los dientes	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
Respiración o respiración, como asma	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
Corazón o cardiovasculares/circulación	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
Digestión/deposiciones o vómitos recurrentes gastrointestinales, incluyendo	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
Eliminación/orina/orinar o genitourinario	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
Músculos/huesos o lesiones músculo-esqueléticas	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
Nervios, cerebro o neurológica, como mirar fijamente hechizos, agitación o convulsiones	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
De la piel, incluyendo eccema, marcas de nacimiento o erupciones	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
Alergia o inmunológicos	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
Sistema endocrino u hormonas	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
Sangre o hematológico	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
Salud mental o psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	
Comportamiento, incluyendo mentir, robar, ajuste de incendios, o la crueldad a los animales	<input type="checkbox"/> Si / <input type="checkbox"/> No	

**INFORMACIÓN ADICIONAL:**

Hay algo más que quisiera saber antes de la visita del niño?

---

**Gracias por completar este formulario!**

**Por favor devuelva el formulario por correo, Fax, o correo electrónico a:**

**Stanford Children's Referral Center**  
 4700 Bohannon Drive, Menlo Park, CA 94025  
 Office #: 800-995-5724  
 Fax #: 650-721-2884