

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE REHABILITACIÓN PEDIÁTRICA  
HISTORIA FAMILIAR Y DEL NIÑO**

Niño \_\_\_\_\_ Sexo masculino                      Sexo femenino

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Padres/Tutores: \_\_\_\_\_

Tutores nombrados por el tribunal: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

¿Desea recibir comunicaciones por e-mail?                      Sí                      No

| Familiares y otras personas que viven en el mismo hogar | Ocupación (optativo) | Edad | Relación/Parentesco |
|---|----------------------|------|---------------------|
|   |                      |      |                     |
|   |                      |      |                     |
|   |                      |      |                     |
|   |                      |      |                     |
|   |                      |      |                     |

**MOTIVO DE LA EVALUACIÓN/VISITA**

Enviado por: \_\_\_\_\_

Indique sus metas para la evaluación/terapia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indique los aspectos positivos de su hijo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Escriba cualquier otra información adicional que, en su opinión, nos convendría saber acerca de su hijo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## HISTORIA MÉDICA

Estatura: \_\_\_\_\_ % comparado con niños de su edad: \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_ % comparado con niños de su edad: \_\_\_\_\_

Fecha de la prueba de la vista: \_\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_

Fecha de la prueba de audición: \_\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_

Fecha del examen dental: \_\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Diagnóstico médico actual: \_\_\_\_\_

| Medicamentos que toma actualmente: | Dosis: | Administrado para: |
|------------------------------------|--------|--------------------|
|                                    |        |                    |
|                                    |        |                    |
|                                    |        |                    |
|                                    |        |                    |
|                                    |        |                    |

Marque todas las condiciones siguientes que correspondan e indique fechas aproximadas.

| Condición                              | Año           | Condición                                      | Año   |
|--|---------------|--|-------|
| Trastorno del espectro autista         | _____         | Retraso del crecimiento                        | _____ |
| Meningitis                             | _____         | Abuso / Abandono (quién es responsable)        | _____ |
| Encefalitis                            | _____         | _____  | _____ |
| Lesión de la cabeza                    | _____         | Incontinencia urinaria (más de 3 años de edad) | _____ |
| Convulsiones _____ tipo                | _____         | _____  | _____ |
| Alergias _____ tipo                    | _____         | Incontinencia anal (más de 3 años de edad)     | _____ |
| Alimentos                              | _____         | Estreñimiento crónico                          | _____ |
| Ambiental                              | _____         | Diarrea crónica                                | _____ |
| Medicamentos                           | _____         | Cirugía _____ tipos y fechas                   | _____ |
| Sensibilidad al látex                  | _____         | Accidente / Lesión grave _____ tipo            | _____ |
| Asma                                   | _____         | Otro   | _____ |
| Infecciones del oído (¿Cuántas? _____) | _____         | _____  | _____ |
| Infecciones respiratorias frecuentes   | _____         |  |       |
| Hospitalización. ¿Por qué? _____       | Fechas: _____ |  |       |
| _____                                  |               |  |       |

## HISTORIA MÉDICA FAMILIAR – Indique el parentesco del familiar con su hijo.

Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (ADHD) Problemas de aprendizaje

Abuso de drogas Trastorno bipolar Esquizofrenia

Autismo/Asperger/PO Alcoholismo Tartamudeo Otro: \_\_\_\_\_

## HISTORIA DE EMBARAZOS Y PARTOS

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Hospital: \_\_\_\_\_

Puntajes Apgar \_\_\_\_\_ Peso al nacer: \_\_\_\_\_

Duración del embarazo: \_\_\_\_\_ Término completo Prematuro – Edad gestacional: \_\_\_\_\_

Indique complicaciones del embarazo: Para usted o su hijo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Complicaciones durante o después del parto (marque todo lo que corresponda):

Sin complicaciones \_\_\_\_\_ Cesárea \_\_\_\_\_ Depresión posparto \_\_\_\_\_

Parto inusualmente largo – duración: \_\_\_\_\_ Ictericia grave \_\_\_\_\_ Hemorragia \_\_\_\_\_

Parto asistido por instrumentos – tipo: \_\_\_\_\_ Oxígeno al nacer - ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Complicaciones para la madre \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Necesitó atención especial después del parto - ¿quién? \_\_\_\_\_

Sufrimiento fetal \_\_\_\_\_ Convulsiones \_\_\_\_\_

Duración de la hospitalización para la madre: \_\_\_\_\_

Duración de la hospitalización para el hijo: \_\_\_\_\_

Anote más información para los casos marcados anteriormente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## HISTORIA TERAPÉUTICA

¿Recibió su hijo tratamiento en este establecimiento antes?      Sí      No

| Terapeuta | Fechas | ¿Beneficioso? |    |
|-----------|--------|---------------|----|
| _____     | _____  | Sí            | No |
| _____     | _____  | Sí            | No |
| _____     | _____  | Sí            | No |

Indique los otros profesionales o agencias que atienden o han atendido a su hijo:

| Agencia/Terapeuta | Teléfono | Fechas | ¿Beneficioso? |    |
|-------------------|----------|--------|---------------|----|
| _____             | _____    | _____  | Sí            | No |
| _____             | _____    | _____  | Sí            | No |
| _____             | _____    | _____  | Sí            | No |

¡Por favor entregue copias de las evaluaciones!

## INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA QUE CUIDA AL NIÑO O ESCUELA

Tipo de escuela a la que asiste su hijo: Guardería    Preescolar    Escuela    No corresponde

Lugar: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Teléfono y dirección de la escuela: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Servicios recibidos:

Plan Individualizado de Educación a través del distrito escolar \_\_\_\_ no \_\_\_\_ sí – Servicios prestados: \_\_\_\_\_

Plan Individualizado de Servicios Familiares a través de Imagine! \_\_\_\_ no \_\_\_\_ sí – Servicios prestados: \_\_\_\_\_

Plan 504 \_\_\_\_ no \_\_\_\_ sí – Servicios prestados: \_\_\_\_\_

Comentarios de la maestra: \_\_\_\_\_

Aptitudes académicas \_\_\_\_\_

Relación con niños de la edad \_\_\_\_\_

Impresión del niño acerca de la escuela \_\_\_\_\_

Indique clases y actividades que realiza en la comunidad (por ejemplo, natación, fútbol, etc.) \_\_\_\_\_

## HISTORIA FAMILIAR

¿Han ocurrido algunos de los siguientes eventos en su familia? (Marque todo lo que corresponda):

| Evento                             | Fecha | Reacción del niño ante el evento |
|------------------------------------|-------|----------------------------------|
| Cambio de domicilio                | _____ | _____                            |
| Nacimiento de otro niño            | _____ | _____                            |
| Cambio de escuela del niño         | _____ | _____                            |
| Separación del padre o de la madre | _____ | _____                            |
| Enfermedad o lesión grave          | _____ | _____                            |
| Muerte en la familia               | _____ | _____                            |
| Cambio de la condición laboral     | _____ | _____                            |
| Divorcio o separación              | _____ | _____                            |
| Problemas psiquiátricos            | _____ | _____                            |

## RIESGO DE CAÍDA

¿Se cae su hijo con más frecuencia que otros niños de su edad? S N

¿Ha sufrido su hijo una lesión de la cabeza por una caída en el último año? S N

(Lesión de la cabeza = pérdida del conocimiento, disminución de la memoria, lesión importante que debió tratarse con un médico)

## ESTILO/PREFERENCIAS DE APRENDIZAJE EDUCATIVO

¿Cómo aprende mejor usted? Verbal Escrito Visual Demostración

¿Cómo aprende mejor su hijo? Verbal Escrito Visual Demostración

Barreras de aprendizaje de su hijo: Físicas Emocionales Cognoscitivas Ninguna

Persona(s) que llena este formulario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Muchas gracias. No dude en comunicarse con nosotros al (303) 441-0526 si tiene preguntas.

