

Información del Niño

Nombre del niño(a) _____ Fecha de Nacimiento _____ Masculino Femenino

Dirección de la Casa Calle _____ Apto. _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

¿Quién está completando este Cuestionario para Padres? Madre Padre Tutor Proveedor de Cuidados

Otro (explique) _____

Nombre _____ Teléfono (_____) _____

Teléfono Celular/Móvil (_____) _____ Correo Electrónico _____

Prefiere Llamada Prefiere Texto Prefiere Correo Electrónico

Familia

¿Con quién ha vivido su niño(a) la mayor parte del año pasado? _____

Otros niños(as) en la familia – liste nombres y edades	Nombre	Edad	Nombre	Edad
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Otras personas que viven en su hogar [explique qué relación tienen con su niño(a)] _____

¿Qué idioma(s) se habla(n) en casa? Español Inglés Otro (especifique) _____

¿Se ha cambiado su niño(a) de casa recientemente? _____

¿Cuántas veces se ha cambiado de casa su niño(a), en los últimos tres años? _____

¿Ha experimentado su niño(a) cambios significativos o eventos traumáticos? (por ejemplo, el nacimiento de un hermano(a), divorcio, muerte en la familia, etc.)

No Sí Si así es, por favor explique _____

Historial Preescolar/Cuidado Infantil

¿Ha asistido su niño(a) antes a preescolar o recibido cuidado infantil? Sí No

Si así es, ¿por cuánto tiempo? 6 meses 1 año 2 años Más de 2 años

¿Cuántas horas por semana, en promedio, pasa su niño(a) en preescolar o en cuidado infantil? _____ horas/semana

Nombre del preescolar o proveedor del cuidado infantil más reciente de su niño(a) _____

Historial Médico

Nacimiento

¿Hubo algunos problemas significativos durante el embarazo?

Sí No

Si así es, por favor explique _____

¿Nació su niño(a) más de 3 semanas prematuro(a)?

Sí No

Si así es, ¿cuántas semanas prematuro(a)? _____

Peso del bebé al nacer _____

¿Estuvo el bebé en el hospital más tiempo que la mamá?

Sí No

Si así es, por favor explique _____

A la hora de nacer, ¿el bebé — tuvo convulsiones (seizures)?

Sí No

necesitó oxígeno?

Sí No

tuvo ictericia (jaundice)?

Sí No

tuvo otros problemas?

Sí No

Ojos

¿Ha tenido su niño(a) alguna vez problemas para ver?

Sí No

¿Sostiene su niño(a) libros y objetos cerca de su cara?

Sí No

¿Alguna vez parecieron los ojos de su niño(a) estar cruzados?

Sí No

¿Ha sospechado que su niño(a) tenga problemas de la vista?

Sí No

Si así es, por favor explique _____

Oídos

¿Ha tenido su niño(a) infecciones de oído frecuentes?

Sí No

¿Ha tenido su niño(a) problemas para escuchar?

Sí No

¿Ha sospechado que su niño(a) tenga problemas para escuchar?

Sí No

Si así es, por favor explique _____

Coordinación

¿Ha tenido su niño(a) problemas para caminar, trepar, alcanzar o sostener cosas?

Sí No

Si así es, por favor explique _____

General

¿Ha tenido su niño(a) lesiones significativas u hospitalizaciones?

Sí No

Si así es, por favor explique _____

Historial Médico (continuación)

General
continuación

¿Tiene alergias su niño(a)? Sí No

Si así es, por favor explique _____

¿Está su niño(a) tomando algún medicamento? Sí No

Si así es, por favor anote el medicamento y la razón por la que se le da el medicamento _____

Por favor describa cualquier otra preocupación de la salud _____

Habilidades Sociales, Emocionales, de Lenguaje y de Auto-Ayuda

¿Puede su niño(a) — alimentarse a sí mismo(a) usando una cuchara o un tenedor? Sí No

beber usando un popote/pajilla? Sí No

lavarse y secarse las manos por sí mismo(a)? Sí No

ayudar a vestirse o vestirse con algo de ayuda? Sí No

guardar los juguetes cuando se le pide? Sí No

pedirle ayuda a un adulto cuando lo necesita? Sí No

quedarse con una niñera? Sí No

hablar de manera que otros le entiendan? Sí No

aprender palabras nuevas fácilmente? Sí No

usar palabras para expresar fácilmente sus pensamientos,
sentimientos o necesidades? Sí No

¿A qué hora usualmente se levanta su niño(a) por las mañanas? _____

¿Toma su niño(a) siestas diariamente? Sí No

¿A qué hora usualmente se va su niño(a) a dormir? _____

¿Tiene alguna preocupación sobre los patrones de dormir de su niño(a) (por ejemplo, irse a la cama con dificultad o despertarse a menudo durante la noche)? Sí No

Si así es, por favor explique _____

¿Qué tan seguido tiene su niño(a) oportunidades de jugar con niños o niñas (aparte de sus hermanos o hermanas) fuera del preescolar o del cuidado infantil (por ejemplo, a diario, por semana, cada dos semanas, etc.)?

Habilidades Sociales, Emocionales, de Lenguaje y de Auto-Ayuda (continuación)

- ¿Es su niño(a) — altamente activo(a)? Sí No
- muy callado(a)? Sí No
- ¿Su niño(a) — está entrenado(a) para ir al baño durante el día? Sí No
- necesita ayuda cuando va al baño? Sí No
- puede lavarse los dientes? Sí No
- ¿Su niño(a) — juega con cubos (bloques), cajas, tazas u otros juguetes de construcción, sin ayuda? Sí No
- usa crayones o marcadores para dibujar o hacer garabatos? Sí No
- escucha historias que se le leen? Sí No
- da la vuelta a las páginas de un libro y mira los dibujos? Sí No
- recuerda historias o eventos? Sí No
- disfruta jugar solo(a) o con amigos imaginarios? Sí No
- habla con amigos/parientes que vienen de visita? Sí No
- pide jugar con otros niños(as)? Sí No
- sigue instrucciones simples y apropiadas para su edad? Sí No
- comparte con otros? Sí No

¿Cuáles son las actividades favoritas de su niño(a)? _____

¿Cuántas horas al día pasa su niño(a) viendo televisión? _____

- ¿Se sienta su niño(a) muy cerca de la televisión? Sí No
- ¿Le sube su niño(a) muy alto al volumen? Sí No
- ¿Su niño(a) — toma clases de baile? Sí No
- toma clases de música? Sí No
- juega en un equipo deportivo organizado (por ejemplo, fútbol, basquetbol, etc.)? Sí No

Si así es, ¿cuál(es) deporte(s)? _____

¿Cuántas horas al día pasa su niño(a) usando tecnología (por ejemplo, un teléfono inteligente, una tableta, u otra tecnología)? _____

¿Cuántas horas al día juega su niño(a) video juegos? _____

- ¿Juega su niño(a) juegos, dibuja usando aplicaciones de arte, selecciona y escucha música? Sí No
- Si así es, ¿qué tan seguido o cuántas horas al día? _____

¿Usa su niño(a) audífonos para escuchar música o jugar juegos en un aparato electrónico? Sí No

¿Tiene su niño(a) la habilidad para usar el ratón o el panel táctil? Sí No

Otras cosas que quisiera decirnos sobre su niño(a) _____
