

I. PREOCUPACIONES DE LOS PADRES

1. Describa su preocupación principal sobre el niño:

2. ¿Cuándo comenzó su preocupación por esto? _____

3. ¿Le habló al pediatra de su preocupación? ¿Cuándo? _____

4. ¿Qué trató hacer en el pasado con respecto a estos problemas? _____

5. ¿Qué cualidades y destrezas tiene su niño(a)? _____

I

I. ANTECEDENTES DEL NACIMIENTO DEL NIÑO

¿Fue adoptado? No Sí A qué edad _____ meses/años de (país) _____

Antecedentes embarazo, parto y nacimiento	Sí	No	Comentarios
1. Edad de la madre al nacer el niño: _____ años			
2. ¿Este niño es mellizo/gemelo o trillizo?			
3. ¿Problemas con otros embarazos? ¿Aborto espontáneo?			
4. ¿Usó <i>fertilización in vitro</i> u otro método de concepción?			
5. ¿Tuvo problemas durante <u>este</u> embarazo?			
6. ¿Le recetaron medicinas? ¿Por qué?			
7. ¿Tuvo diabetes del embarazo (azúcar en orina)?			

8. ¿Tuvo problemas con la presión o toxemia?		
9. ¿Tuvo problemas por infecciones (incluyendo herpes)?		
10. ¿Fumó durante el embarazo? ¿Cuántos paquetes por día?		
11. ¿Bebió alcohol (cerveza, vino, etc.) durante el embarazo?		
12. ¿Usó drogas ilegales (marihuana, cocaína, etc.)?		
13. ¿Tuvo problemas durante el trabajo de parto o parto?		
14. ¿Le hicieron Cesárea? ¿Por qué?		
15. El bebé nació a las _____ semanas		

Antecedentes de recién nacido	Sí	No	Comentarios
1. Peso al nacer _____ libras _____ onzas			
2. ¿Hubo problemas al nacer o de recién nacido?			
3. ¿Tuvo defectos de nacimiento o una lesión al nacer?			
4. ¿Estuvo en Cuidado especial o intensivo en la Nursery? _____ días			
5. ¿Tuvo ictericia (con la piel amarilla) y necesitó fototerapia?			
6. ¿Muy inquieto o muy letárgico de recién nacido?			
7. ¿El bebé se quedó en el hospital más días? _____ días			

III. TEMPERAMENTO DE BEBÉ

Describe al niño de bebé o de pequeño: _____

Más sobre el temperamento del bebé...	Sí	No	Comentarios
1. ¿Problemas para alimentarlo cuando bebé?			
2. ¿Cólicos prolongados o severos o llanto excesivo?			
3. ¿Temperamento difícil (irritable o exigente)?			
4. ¿Movedizo en exceso o muy activo?			
5. ¿Sobre-estimulado fácilmente?			
6. ¿Pasivo, tímido o aislado?			
7. ¿No le gustaba que lo alzarán o abrazaran?			
8. ¿Dificultad para mantener una niñera?			

IV. ANTECEDENTES MÉDICOS DEL NIÑO

	Sí	No	Comentarios si contesta "Sí"
1. ¿Problemas de visión? ¿Bizco? ¿Usa lentes?			
2. ¿Problemas de audición?			
3. ¿Problema de salud serio o crónico (por ejemplo, diabetes)?			
4. ¿Defectos de nacimiento o marcas de nacimiento?			
5. ¿Hospitalizaciones o alguna cirugía?			
6. ¿Enfermedad o infecciones graves (como meningitis)?			
7. ¿Lesión grave, quemadura, o fractura de huesos?			

8. ¿Lesión en la cabeza o pérdida del conocimiento?		
9. ¿Accidentes frecuentes o muchas lesiones menores?		
10. ¿Envenenamiento o expuesto a químicos tóxicos (plomo)?		
11. ¿Antecedente o sospecha de abuso físico o sexual?		
12. ¿Desmayos o mareos?		
13. ¿Ataques epilépticos o convulsions por fiebre?		
14. ¿Episodios de quedar con la mirada fija?		
15. ¿Tics nerviosos (pestañar mucho, entrecerrar los ojos, mover la cabeza)?		
16. ¿Tics vocales (gruñidos, ruidos para carraspear)?		
17. ¿Manierismo compulsivo (lavarse las manos, tocar, contar)?		
18. ¿Infecciones de oído? ¿Antibióticos o tubos en los oídos?		
19. ¿Problemas serios de nariz, boca o garganta?		
20. ¿Trastornos de la tiroides u otros problemas hormonales?		
21. ¿Problemas pulmonares o respiratorios (neumonía, asma)?		
22. Latidos cardiacos rápidos (palpitaciones) o dolor de pecho		
23. ¿Dolores y achaques frecuentes?		
24. ¿Problemas de vómitos, diarrea o estreñimiento?		
25. ¿Problemas del riñón, de la vejiga o de la orina?		
26. ¿Problemas de la sangre o anemia (deficiencia de hierro o bajo conteo sanguíneo)?		
27. ¿Dificultad para comer, con la dieta o el apetito?		
28. ¿Pequeño para su edad o muy bajo de peso?		
29. ¿Come demasiado o tiene sobrepeso?		
30. ¿Problema de dormir inquieto o ronca de noche?		
31. ¿Alergias a medicinas? Especifique.		
32. ¿Otro tipo de alergia? Especifique.		
33. ¿Toma algún suplemento vitamínico? Especifique.		
34. ¿Toma algún medicamento natural de hierbas u otros suplementos nutricionales?		
35. ¿Algún tratamiento no médico (dieta especial, quiropráctico, acupuntura, etc.)?		
36. ¿Reacción inusual a una vacuna?		
36. ¿Están las vacunas al día?		

V. DESARROLLO SOCIAL DEL NIÑO

1. Describa el temperamento o personalidad del niño. _____
2. ¿Cómo se lleva el niño con otros adultos de la familia? _____
3. ¿Cómo se lleva el niño con adultos que no son de la familia? _____
4. ¿Cómo se lleva el niño con sus hermanos? _____

5. ¿Cómo se lleva el niño con compañeros de juegos? _____

VI. ANTECEDENTES DEL DESARROLLO DEL NIÑO

Áreas de desarrollo	Mi niño(a) está bien	Estoy un poco preocupada	Estoy algo preocupada	Estoy muy preocupada
1. Desarrollo general				
2. Habilidades del habla y del lenguaje				
3. Habilidades motoras				
4. Alimentación / Comer				
5. Dormir				
6. Habilidades cognitivas / pensamiento				
7. Habilidades sociales				

¿Su niño parecía desarrollarse bien pero luego perdió habilidades del desarrollo? **NO** **SÍ**

Si su respuesta es SÍ, describa: _____

Las preguntas siguientes son sobre la habilidad del niño para comunicarse. Conteste si o cuándo el niño pudo...		Aún No	Sí	¿A qué edad?
1.	¿Entender y responder a su nombre, cuando lo llaman?			
2.	¿Entender órdenes sencillas?			
3.	¿Poner sonidos juntos (<i>uh oh, gaga, baba, dada, mama</i>)?			
4.	¿Hacer como si conversara (con inflexión de la voz que suena como una conversación)?			
5.	¿Decir la primera palabra (que luego continuó usando)?			
6.	¿Poner dos palabras juntas (<i>quiero pan, mami trabajo, papi carro</i>)?			
7.	¿Usar pronombres para referirse a sí u otros (<i>mío, mi</i>)?			
8.	¿Otras personas comprenden lo que él o ella dice?			
9.	¿Prestar atención a un cuento corto y contestar a preguntas sencillas sobre el cuento?			
10.	¿Hablar en oraciones bastante complejas?			
Las preguntas siguientes son sobre la habilidad motora del niño. Conteste si o cuándo el niño pudo...		Aún no	Sí	¿A qué edad?
1.	¿Sentarse sin ayuda o sin apoyo o sostén?			
2.	¿Gatear o andar?			
3.	¿Caminar solo?			
4.	¿Saltar al piso con los dos pies?			
5.	¿Tirar una pelota o balón?			
6.	¿Agarrar un balón o pelota de tamaño mediano?			
7.	¿Levantar objetos pequeños con el pulgar y un dedo?			
8.	¿Desenvolver objetos pequeños envueltos muy sueltos?			
9.	¿Enhebrar cuentas de media pulgada en un hilo o cordón?			
10.	¿Copiar letras?			

Las preguntas siguientes son sobre las habilidades de auto-ayuda del niño. Conteste si o cuando el niño pudo...		Aún no	Sí	¿A qué edad?
1.	¿Comer solito usando la cuchara con el movimiento justo?			
2.	¿Comer solito usando el tenedor para agarrar comida?			
3.	¿Ayudar a vestirse o desvestirse solito?			
4.	¿Bajar la cremallera del zíper?			
5.	¿Desabrocharse los botones?			
6.	¿Aprender a ir al baño solito durante el día?			
7.	¿Aprender a ir al baño solito de noche?			
8.	¿Lavarse y secarse las manos solito?			
Las preguntas siguientes son sobre las habilidades pre-escolares del niño. Conteste si o cuando el niño pudo...		Aún no	Sí	¿A qué edad?
1.	¿Identificar sistemáticamente los colores básicos?			
2.	¿Identificar sistemáticamente formas?			
3.	¿Identificar sistemáticamente varias letras?			
4.	¿Contar 2-3 objetos correctamente?			
5.	¿Hablar del uso de objetos (por ejemplo, carro, tenedor)?			

VII. ANTECEDENTES DE LA CONDUCTA DEL NIÑO

- ¿Cómo maneja usted la mala conducta? _____
- ¿Cómo responde el niño cuando le dicen “no” o lo corrigen por portarse mal? _____
- ¿Cómo responde el niño cuando se lo halaga, premia o por algo positivo? _____
- ¿Usted y su pareja están de acuerdo para manejar la mala conducta? Usualmente de acuerdo Algunas veces de acuerdo
 En frecuente desacuerdo

Las preguntas siguientes son sobre las experiencias sensoriales del niño.		Nunca	A veces	Con frecuencia	Muy frecuente	Notas de la clínica
1.	Audición y olfato inusualmente sensibles					
2.	Molesto al sentir cosas (ropa, cuando lo abrazan)					
3.	Demasiado sensible o poco sensible al dolor					
4.	Con facilidad está sobre estimulado; se da cuerda o se desconecta					
5.	Dieta inusual o limitada					
6.	Se lastima a propósito					
7.	Come cosas que no son comida (“pica”)					
8.	No se da cuenta de situaciones peligrosas					
Las preguntas siguientes son sobre conductas o hábitos repetitivos.		Nunca	A veces	Con frecuencia	Muy frecuente	Notas de la clínica
1.	Hace eco de palabras o frases					
2.	Es difícil lograr la atención del niño					

3.	Prefiere estar solo; ignora otras personas					
4.	Hace cosas solo para hacerle reír					
5.	Maneja mal el cambio; insiste en la misma rutina					
6.	Se masturba en exceso o en público					
7.	Se chupa el dedo o se come las uñas en exceso					
8.	Otros hábitos (ej: se arranca el pelo o las pestañas)					
Las preguntas siguientes son sobre la habilidad del niño para manejar la ansiedad.		Nunca	A veces	Con frecuencia	Muy frecuente	Notas de la clínica
1.	Es miedoso, ansioso o está preocupado					
2.	No prueba nuevas cosas por miedo a equivocarse					
3.	Está triste, no es feliz, o deprimido					
4.	Le cuesta mucho alejarse de los padres					
5.	Se niega a hablar, excepto con familiares					
6.	Se resiste ir a la escuela					

Estas preguntas son sobre su habilidad para seguir reglas y rutinas. Conteste con qué frecuencia el niño:		Nunca	A veces	Con frecuencia	Muy frecuente	Demasiado chico	Notas de la clínica
1.	Tiene rabietas						
2.	Discute con adultos						
3.	Se rebela o se niega a hacer lo que le piden						
4.	Molesta deliberadamente a otros						
5.	Se enoja o se resiente						
6.	Trata de vengarse o tira la bronca a otros						
7.	Culpa a otros por portarse mal						
8.	Acosa, amenaza o intimida a otros						
9.	Miente o engaña en serio						
10.	Inicia peleas físicas						
11.	Es cruel con animales						

VIII. COMPOSICIÓN DE LA FAMILIA

El niño vive con: ___ Madre biológica ___ Padre biológico ___ Madrastra ___ Padrastro ___ Pareja
 ___ Madre adoptiva ___ Padre adoptivo ___ Madre de crianza ___ Padre de crianza ___ Tutor/Custodio
 ___ Otro adulto (ej: abuelo(a) o novio/a) Especifique: _____

Nombre de la madre biológica: _____

Edad: ____ **Ocupación:** _____ **Más alto grado de educación que completó:** _____

Nombre del padre biológico: _____

Edad: ____ **Ocupación:** _____ **Más alto grado de educación que completó:** _____

Nombre de la madre adoptiva o madrastra: _____ **Ocupación:** _____

Más alto grado de educación que completó: _____

Nombre del padre adoptivo o padrastro: _____ **Ocupación:** _____

Más alto grado de educación que completó _____

Otros adultos: _____

Estado civil de los padres: ___ Casados ___ Nunca se casaron ___ Separados / Divorciados ___ Viudos

¿Cómo se llevan los padres entre ellos?

Divorciados/separados, cuándo? _____

Se arregló contacto con padre sin custodia o custodia: _____

Arreglo cuidado del niño: _____

¿Alguna situación especial en la familia? _____

¿Qué cosas disfruta la familia hacer juntos? _____

Hermanos u otros niños que viven <u>EN</u> la casa:	De los mismos padres, medio hermanos adop-, tados, etc.	Edad

Hermanos del niño que <u>NO</u> viven en la casa:	De los mismos padres, medio hermanos, adoptados etc.	Edad

IX. VIDA EN EL HOGAR DEL NIÑO

Experiencias estresantes de vida		Sí	No	Notas de la clínica
1.	¿El niño tuvo una experiencia my triste (por ej., fue testigo de violencia, abuso físico, abuso sexual, accidente grave)?			
2.	¿Mudanzas? Cuántas mudanzas: _____			
3.	Fue sacado del hogar (con padres de crianza, centro residencial)			
4.	¿Problemas familiares que puedan estar molestando al niño?			
5.	¿Hubo divorcio, separación, otra boda?			
6.	¿Discusiones frecuentes y/o abuso físico en el hogar?			
8.	¿Enfermedad grave del padre/madre, cuidador o hermano(a)?			
10.	¿Problemas serios de dinero o vivienda?			
11.	¿Preocupación por la seguridad en el barrio?			
12.	¿Hay armas de fuego en la casa?			

¿Usualmente, cuánto tiempo por día el niño mira TV? _____

¿Usualmente, cuánto tiempo por día pasa en la computadora o juegos de video? _____

X. ANTECEDENTES FAMILIARES Historia médica y psiquiátrica de la familia biológica

(si fue adoptado, dé información sobre los parientes biológicos que conozca y dé información sobre miembros de la familia adoptiva)

Alguien en la familia <u>biológica</u> de este niño tiene:	Sí	No	Parentesco que esta persona tiene con el niño
Problemas de atención/ADHD			
Problemas de conducta de niño o adolescente			
Problemas del habla o del lenguaje			
Problemas en la escuela			
Problemas para leer o dislexia			
Convulsiones o problemas neurológicos			
Reacción inusual a medicinas			
Retraso mental			
Defecto de nacimiento o trastorno genético			
Tic nervioso / síndrome de Tourette			
Espectro autista o trastorno generalizado del desarrollo (PDD en inglés)			
Problemas de la tiroides			
Problemas cardiacos antes de los 50 años			
Abuso físico o sexual			
Depresión			
Bipolar / maníaco depresivo			
Problemas sociales / timidez			
Ansiedad o ataques de pánico			
Trastorno obsesivo-compulsivo			
Esquizofrenia			
Problemas de alcohol			
Problemas de drogas			
Problemas con la ley			

Otros problemas presentes en la familia biológica: _____

Otros problemas presentes en la familia adoptiva, de crianza, o madrastra/padrastro: _____

Alguna circunstancia difícil en la niñez de la madre o del padre (por ej, abuso, padres alcohólicos)? _____

XI. ANTECEDENTES DE SERVICIOS AL NIÑO

Colocación, Programas y Servicios (ahora o en el pasado)

	# días/ semana	# minutos/ sesión	Comentarios
Programa Intervención Temprana (0 a 3 años)? Nombre: _____			
Especialista en desarrollo:			
Terapia del habla o del lenguaje			
¿Terapia ocupacional?			
¿Terapia física?			
¿Grupo de juegos?			
¿Terapia de la conducta (también conocida como ABA o Tiempo en el piso)? Proveedor: _____			
Guardería (Day Care): Nombre: _____			
Pre-school: Nombre: _____ Distrito escolar: _____ Maestra: _____ Teléfono: _____ # de maestras/asistentes: _____ # de alumnos: _____ ¿Tiene su niño su propio asistente, 1:1? _____			

¿Fue alguna vez suspendido de la guardería (day care) o de la escuela?

¿Recibió alguna vez otro tipo de educación especial o servicios terapéuticos? ____ Si contesta Sí, especifique: ____

¿Qué tan satisfecha está usted con la actual colocación escolar y servicios del niño?

Muy satisfecha

Algo satisfecha

Nada satisfecha

Comentarios: _____

XII. EVALUACIONES Y TRATAMIENTOS PREVIOS DEL NIÑO

Indique si su niño ha tenido evaluaciones previas y adjunte los reportes.

¿Ha tenido el niño otras evaluaciones? (incluyendo escuela, psicólogo, neurólogo u otro médico especialista)

Año	Nombre del profesional	Tipo de prueba

¿PRUEBAS MÉDICAS incluyendo EEG (electroencefalograma), MRI, pruebas de cromosomas, etc.?

Año	Tipo de prueba	Resultados

Su niño, ¿ha recibido consejería particular?

Terapeuta	Fecha que comenzó	Fecha que suspendió

Su niño, ¿ha tomado medicinas para problemas emocionales, de atención o conducta? __Sí__ __No

Medicación (por ej; Ritalina de liberación prolongada)	Dosis (por ej: 20 mg 3 por día)	Mes/Año comenzó	Mes/Año suspendió	Efectos o Efectos adversos

XIII. OTRA INFORMACIÓN

Por favor, agregue cualquier información adicional que usted crea que puede ayudarnos a comprender a su niño.

Una vez completado, por favor devuelva a:

Division of Developmental and Behavioral Pediatrics
 Department of Pediatrics
 Attn: DBP Admin
 Suite S4-301 Room S4-301C46
 55 Lake Avenue North, Worcester, MA 01655
 Phone: 508-334-8728 Fax: 774-455-4229