

FORMULARIO DE HISTORIA DE DESARROLLO

Fecha: _____

Nombre completo del niño(a): _____

Sexo: _____ Apodo o nombre preferido, si aplica: _____

Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Grado escolar: _____ Escuela: _____

Idioma principal del niño(a): _____ Idioma hablado en casa: _____

Dirección principal: _____

Teléfono principal: _____ ¿Está bien dejar mensajes? Sí No

Nombre del padre/cuidador #1: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono principal: _____ ¿Está bien dejar mensajes? Sí No

Ocupación del padre/cuidador #1: _____

Empleador del padre/cuidador #1: _____

Nombre del padre/cuidador #2: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono principal: _____ ¿Está bien dejar mensajes? Sí No

Ocupación del padre/cuidador #2: _____

Empleador del padre/cuidador #2: _____

¿Quién los refirió? _____

Indique aquí si le gustaría que contactáramos a quien los refiere con información sobre su cita

Información de contacto de emergencia:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Pediatra: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Describe brevemente las preocupaciones/problemas:

1.

2.

3.

¿Dónde nació el/la niño(a) (estado/ciudad/nombre del hospital)?

Hitos del desarrollo:

(Por favor, anote la edad a la que se alcanzaron los siguientes datos. Si no está seguro de la edad, marque si se logró antes, después o dentro de los límites normales).

Girarse

Edad: _____

Temprano Normal Tardío

Atarse los zapatos

Edad: _____

Temprano Normal Tardío

Sentarse sin apoyo

Edad: _____

Temprano Normal Tardío

Pedalear en triciclo

Edad: _____

Temprano Normal Tardío

Sujetar lápiz/crayón

Edad: _____

Temprano Normal Tardío

Andar en bicicleta

Edad: _____

Temprano Normal Tardío

Gatear

Edad: _____

Temprano Normal Tardío

Sujetar lápiz/crayón

Edad: _____

Temprano Normal Tardío

Pararse

Edad: _____

Temprano Normal Tardío

Nadar

Edad: _____

Temprano Normal Tardío

Caminar con apoyo

Edad: _____

Temprano Normal Tardío

Baluceo

Edad: _____

Temprano Normal Tardío

Caminar sin apoyo

Edad: _____

Temprano Normal Tardío

Primeras palabras

Edad: _____

Temprano Normal Tardío

Alimentarse por sí mismo(a)

Edad: _____

Temprano Normal Tardío

Emitir dos palabras juntas

Edad: _____

Temprano Normal Tardío

Vestirse por sí mismo(a)

Edad: _____

Temprano Normal Tardío

Decir oraciones cortas

Edad: _____

Temprano Normal Tardío

Desarrollo del lenguaje:

¿A qué edad su hijo era entendido fácilmente por los demás cuando hablaba? _____

Por favor, marque los siguientes puntos que se relacionan con la recepción y expresión actual de la comunicación verbal de su hijo:

- A menudo pide a los demás que repitan lo que han dicho
- Incapacidad para entender lo que se le dice
- Incapacidad para seguir instrucciones de un solo paso
- Incapacidad para seguir instrucciones de varios pasos
- Incapacidad para recordar mensajes cortos
- No puede responder correctamente a las preguntas de sí/no
- No puede responder correctamente a las preguntas de quién/qué/dónde/cuándo/por qué
- Le cuesta trabajo expresar sus ideas
- Le cuesta trabajo pedir ayuda o dar a conocer sus deseos y necesidades a los demás

Sueño:

¿A qué hora se va su hijo(a) a dormir? _____ PM

¿A qué hora se despierta su hijo(a)? _____ AM

Por favor describa brevemente la rutina de sueño nocturno de su hijo(a):

¿Su hijo(a) duerme en su propia recámara? Sí No

Si la respuesta fue afirmativa, ¿a qué edad comenzó su hijo(a) a dormir solo(a)? _____

Por favor marque las opciones que se relacionen con el sueño de hijo(a):

- Dificultad para permanecer dormido(a)
- Dificultad para conciliar el sueño
- Despertares frecuentes
- Caminata en el sueño
- Pesadillas
- Enuresis (mojar la cama)
- Encopresis (incontinencia fecal)

Describa cualquier preocupación/dificultad pasada o presente relacionada con los patrones de sueño de su hijo(a):

Comportamiento:

(Por favor, marque cualquiera de los siguientes puntos que parezcan describir con precisión la personalidad o el comportamiento de su hijo)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tímido(a) | <input type="checkbox"/> Inmaduro(a) | <input type="checkbox"/> Bien portado(a) |
| <input type="checkbox"/> Terco(a) | <input type="checkbox"/> Impulsivo(a) | <input type="checkbox"/> Berrinchudo(a) |
| <input type="checkbox"/> Lloro con facilidad | <input type="checkbox"/> Lloro demasiado | <input type="checkbox"/> Dice mentiras |
| <input type="checkbox"/> Se chupa el dedo | <input type="checkbox"/> Se da cabezazos | <input type="checkbox"/> Tics y espasmos |
| <input type="checkbox"/> Siempre se está moviendo | <input type="checkbox"/> Demasiado inquieto(a) | <input type="checkbox"/> Dificultad para poner atención |

- Dificultad con las transiciones
- Olvidadizo(a)
- Baja auto-estima
- Disposición a probar nuevas cosas
- Teme verse "tont(a)"
- Ve cosas que no hay
- Impulsivo(a)
- Consume drogas
- Se rehúsa a ir a la escuela
- Dificultad para entender chistes
- Discute mucho
- Se asusta fácilmente
- Evita ser el centro de atención
- No se responsabiliza de sus acciones
- No empatiza con los demás
- Rígido(a)/inflexible/indisposición para probar nuevas actividades
- Dificultad para realizar una sola tarea durante largos periodos de tiempo
- Se distrae cuando ve televisión
- Cambia de humor con facilidad
- Dificultad para separarse de su cuidador(a)
- No termina actividades
- Enojón(a)
- Teme cometer errores
- Atento(a)
- Cambia de humor
- Escucha voces que no hay
- Se pone en peligro
- Bebe alcohol
- Dificultad para compartir
- Duro(a) consigo mismo(a)
- Calcula mal el tiempo
- Se accidenta fácilmente
- Roba cosas
- Desorganizado(a)
- Se frustra fácilmente
- Lastima a animales
- Destructivo/agresivo
- Es cooperativo(a)
- Carece de juicio
- Falta a la escuela/clases
- Dificultad para escuchar
- Es retraído(a)
- Se pierde con facilidad

Compulsiones (describa): _____

Obsesiones (describa): _____

Miedos (describa): _____

Ideación o intento suicida (describe): _____

Ideación o intento homicida (describe): _____

Medicación actual:

Nombre: _____ Dosis: _____

Razón de prescripción: _____

Nombre: _____ Dosis: _____

Razón de prescripción: _____

Nombre: _____ Dosis: _____

Razón de prescripción: _____

Otra información médica/conductual/de salud mental:

Por favor, explique si ha consultado algún especialista médico para su hijo(a):

¿Tiene su hijo(a) algún diagnóstico por parte de un pediatra, psicólogo, psiquiatra u otro profesional? Sí No

En caso afirmativo, por favor describa:

¿Ha recibido su hijo(a) algún tratamiento psicológico o psiquiátrico? Sí No

En caso afirmativo, por favor describa:

¿Su hijo(a) ha sufrido alguna vez la separación, el divorcio o la muerte de sus padres?

Sí No

En caso afirmativo, ¿cuándo?

¿Qué edad tenía su hijo(a)? _____

Describa las circunstancias:

Educación:

¿Su hijo(a) atendió a la guardería? Sí No

¿Su hijo(a) atendió a preescolar? Sí No

¿Qué problemas (si es que hubo alguno) se reportaron?

Escuela actual: _____

Nombre del/la profesor(a): _____

Dirección de la escuela: _____

Teléfono de la escuela: _____

Grado escolar actual: _____ Promedio actual: _____

Describe las áreas en las que su hijo(a) destaca en la escuela:

Describe cualquier problema en la escuela:

¿Está su hijo(a) en un aula de educación regular? Sí No

¿Está su hijo(a) actualmente, o ha estado previamente, en educación especial/colocación? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué edad fue su hijo(a) escolarizado en educación especial? __

Por favor, describa las ayudas/servicios privados que recibe su hijo:

¿A su hijo(a) le han hecho pruebas psicológicas escolares? Sí No

Por favor marque los puntos en los que la escuela de su hijo(a) ha reportado problemas:

- | | | |
|-----------------------------------|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lectura | <input type="checkbox"/> Escritura | <input type="checkbox"/> Matemáticas |
| <input type="checkbox"/> Conducta | <input type="checkbox"/> Adaptación social | <input type="checkbox"/> Atención |

- Ortografía
- Seguir indicaciones
- Llevarse bien con los profesores
- Distracción
- Llevarse bien con sus compañeros
- Completar sus tareas
- Hiperactividad

Por favor, describa la actitud de su hijo hacia la escuela:

¿Alguna vez su hijo(a) ha faltado a la escuela por un tiempo prolongado? Sí No

En caso afirmativo, explique:

Relaciones familiares:

¿Hay algún conflicto conyugal significativo? Sí No

En caso afirmativo, describa brevemente:

¿Hay algún conflicto entre su hijo(a) y ustedes (los padres)? Sí No

En caso afirmativo, describa brevemente:

¿Hay algún conflicto entre su hijo(a) y sus hermanos (si es que tiene)? Sí No

En caso afirmativo, describa brevemente:

¿Quién disciplina a su hijo(a) y cómo lo hace?

¿Como padres están de acuerdo con la disciplina? Sí No

En caso negativo, describa el desacuerdo relacionado con la disciplina:

Por favor, explique cómo responde su hijo(a) a la disciplina:

¿Tiene su hijo(a) dificultades para llevarse bien con los adultos? Sí No

En caso afirmativo, por favor describa:

Marca las actividades en las que participa su hijo(a) con la familia:

- | | | |
|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Películas | <input type="checkbox"/> Comidas | <input type="checkbox"/> Conversaciones |
| <input type="checkbox"/> Visitas a parientes | <input type="checkbox"/> Televisión | <input type="checkbox"/> Misa |
| <input type="checkbox"/> Juegos | <input type="checkbox"/> Deportes | <input type="checkbox"/> Viajes |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

Describa la afiliación religiosa/espiritual de su familia (si procede):

Por favor, describa la afiliación religiosa/espiritual de su hijo(a), si es diferente a la anterior:

Desarrollo social y emocional:

Describa las habilidades sociales actuales de su hijo(a) y sus relaciones con los compañeros:

Describa cualquier antecedente de su hijo(a) en el que haya sido acosado(a) o molestado(a) o que haya sido agresivo(a) con otros:

¿Cómo describiría a su hijo(a) socialmente? ¿Cómo se relaciona su hijo(a) con sus compañeros en la escuela?

¿Su hijo(a) tiene dificultades para conservar a sus amigos? Explique.

¿Tiene su hijo(a) un mejor amigo? Explique.

¿Qué intereses especiales tiene su hijo(a)?

Por favor, enumere las aficiones, actividades y juegos favoritos de su hijo(a), excluyendo los deportes. Por favor, describa lo bien que cree que se desenvuelve su hijo(a) en estas áreas:

¿Qué deportes le gustan más a su hijo(a)? ¿Qué tal lo hace en comparación con sus compañeros?

Por favor, indique cualquier otra organización, club, equipo o grupo en el que participe su hijo(a):

¿Cómo maneja su hijo(a) el estrés?

¿Cuáles son los puntos fuertes de su hijo(a)?

¿Cuáles son las áreas de crecimiento de su hijo?

¿Hay alguna otra información pertinente que quiera compartir?

Formulario completado por: _____

Fecha: _____

Parentesco con el/la niño(a): _____