

Center for Health, Learning & Achievement

310 Waymont Court, Unit 104

Lake Mary, FL 32746

(407) 718-4430

(321) 363-1041 Fax

Cuestionario para los padres

Fecha: _____

Usted, ocupa un puesto esencial en la vida de su hijo/hija, la información médica y social que usted nos proporcione juega un papel muy importante en el proceso de esta evaluación. Algunas de las preguntas no van a ser apropiadas para su hijo/hija. De cualquier manera, por favor conteste lo más posible. La información proporcionada al igual que el reporte de la evaluación permanecerá en un archivo confidencial al cual solo las personas que usted autorice podrán tener acceso.

Quien fue la persona que le recomendó nuestros servicios? _____

Nombre: _____ Grado: _____

Dirección: _____ Escuela: _____

_____ Fecha de la evaluación: _____

Telefono: _____ Fecha de nacimiento: _____

Correo electrónico: _____ Edad: _____

Nombre de los padres o encargados legales: _____

Persona que esta contestando el cuestionario: _____

Razón por la cual su hijo/hija está siendo evaluado

(Marque todas las razones que correspondan)

- 1 _____ Para evaluar todos los aspectos de la capacidad cognitiva de mi hijo/hija
- 2 _____ Para determinar por qué mi hijo/hija está teniendo dificultad para aprender a: leer, comprender lo que lee, escribir, deletrear, cálculos matemáticos, conceptos matemáticos
- 3 _____ Para determinar si mi hijo/hija sufre del trastorno por déficit atencional e hiperquinesia
- 4 _____ Para determinar por qué mi hijo/hija está teniendo problemas de conducta
- 5 _____ Para entender mejor a mi hijo/hija
- 6 _____ Para determinar como yo y/o la escuela podemos ayudar a mi hijo/hija
- 7 _____ Para desarrollar un plan individual de tratamiento que ayude a que mi hijo/hija optimicé y desarrolle su potencial académico

Información Familiar

Nombre de la madre: _____ Edad: _____

Ocupación: _____ Teléfono de trabajo: _____

Nombre del padre: _____ Edad: _____

Ocupación: _____ Teléfono del trabajo: _____

Nombre del encargado legal: _____

Ocupación: _____ Teléfono del trabajo: _____

Cual es el idioma que se utiliza en el hogar? _____

Se habla algún otro idioma en el hogar? _____

Indique todas las personas que viven en el hogar:

Nombre

Edad

Grado de Educación

Nombre	Edad	Grado de Educación

Si los padres están separados o divorciados, que edad tenía su hijo/hija cuando esto sucedió?

--

Indique todos los miembros de la familia (abuelos, tíos, primos) y la frecuencia con la cual participan en la vida de su hijo/hija:

Miembro Familiar

Frecuencia (muy seguido, ocasionalmente, nunca)

Historial de Salud Familiar

Una gran mayoría de problemas de aprendizaje y emocionales son hereditarios. Indique si algún miembro de la familia de su hijo/hija ha sido diagnosticado con alguno de los siguientes padecimientos y cuál es su parentesco.

Demencia Senil o Alzheimer _____	Anemia _____
Disfunción de la Glándula Pituitaria _____	Problemas con la Tiroides _____
Frágil Cromosoma X _____	Síndrome de Down _____
Cáncer _____	Síndrome de Tourette _____
Fibrosis Cística _____	Síndrome de Aperger _____
Diabetes _____	Neurofibromatosis _____
Hipoglucemia _____	Uso de Alcohol o Drogas _____
Condiciones Cardiacas _____	Ataques de Pánico _____
Presión Alta _____	Alergias Ambientales _____
Problemas del Riñón _____	Problemas Emocionales _____
Dolores de Cabeza/Migraña _____	Déficit de Atención _____
Esclerosis Múltiple _____	Depresión _____
Distrofia Muscular _____	Problemas de Lenguaje o articulación _____
Enfermedad de Parkinson _____	Alergias Alimenticias _____
Problemas de Desarrollo Permanente _____	Ansiedad o Nerviosismo _____
Infartos _____	Epilepsia _____
Problemas Mentales (Depresión Bipolar, Manía, Esquizofrenia, Trastorno Obsesivo Compulsivo) _____	

Otros-explique _____

Problemas de Aprendizaje-

Dificultad para leer _____
 Comprensión _____
 Ortografía _____
 Cálculos Matemáticos _____
 Conceptos Matemáticos _____
 Escritura _____
 Expresión Oral _____

Algún miembro de la familia ha recibido servicios de educación especial? _____ NO _____ SI

Si su respuesta fue si, explique _____

Qué tipo de servicios? _____

La familia ha estado expuesta a violencia domestica o abuso emocional? _____ NO _____ SI

Si su respuesta fue sí, que tipo de violencia? quien ha estado involucrado y cuando sucedió?

Personalidad y Temperamento

Hay algunas características físicas, de personalidad o temperamento de su hijo/hija, que le recuerdan a algún miembro de su familia o de la familia de su pareja? Explique _____

Por favor describa la personalidad de su hijo/hija _____

Describe en qué manera su hijo/hija demuestra las siguientes emociones:

Amor/Cariño _____

Enojo _____

Tristeza _____

Alegría _____

Marque todas las características que describan a su hijo/hija (Utilice la letra M para indicar la opinión de la madre y la letra P para indicar la opinión del padre)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Solitario | <input type="checkbox"/> Actúa de una manera infantil | <input type="checkbox"/> Flexible |
| <input type="checkbox"/> Responsable | <input type="checkbox"/> Actúa de una manera madura | <input type="checkbox"/> Aburrido |
| <input type="checkbox"/> Educado | <input type="checkbox"/> Es influenciado fácilmente | <input type="checkbox"/> Explosivo |
| <input type="checkbox"/> Inteligente | <input type="checkbox"/> Entusiasta | <input type="checkbox"/> Independiente |
| <input type="checkbox"/> Soñador | <input type="checkbox"/> Excesivamente Sensato | <input type="checkbox"/> Se lleva bien con otros |
| <input type="checkbox"/> Agresivo | <input type="checkbox"/> Pesimista | <input type="checkbox"/> Olvidadizo |
| <input type="checkbox"/> Desordenado | <input type="checkbox"/> Alegre | <input type="checkbox"/> Ecuánime |
| <input type="checkbox"/> Ingenioso | <input type="checkbox"/> Intimida a otros | <input type="checkbox"/> Indiferente |
| <input type="checkbox"/> Antisocial | <input type="checkbox"/> Víctima | <input type="checkbox"/> Sumiso |
| <input type="checkbox"/> Astuto | <input type="checkbox"/> Energético | <input type="checkbox"/> Gracioso |
| <input type="checkbox"/> Optimista | <input type="checkbox"/> Tímido | <input type="checkbox"/> Obstinado |
| <input type="checkbox"/> Rígido/Compulsivo | <input type="checkbox"/> Miedoso | <input type="checkbox"/> Obediente |
| <input type="checkbox"/> Confundido | <input type="checkbox"/> Sentimental | <input type="checkbox"/> Se recupera fácilmente |
| <input type="checkbox"/> Raro/Poco Común | <input type="checkbox"/> Pulcro | <input type="checkbox"/> Sensible |
| <input type="checkbox"/> Amistoso | <input type="checkbox"/> Poco Activo | <input type="checkbox"/> Distráido |
| <input type="checkbox"/> Irritable | <input type="checkbox"/> Muy Activo | <input type="checkbox"/> Considerado |
| <input type="checkbox"/> Amable | <input type="checkbox"/> Impulsivo | <input type="checkbox"/> Inseguro |
| <input type="checkbox"/> Flojo | <input type="checkbox"/> Lloro con Facilidad | <input type="checkbox"/> Seguro |
| <input type="checkbox"/> Presumido | <input type="checkbox"/> Inseguro | <input type="checkbox"/> Amoroso |
| <input type="checkbox"/> Obediente | <input type="checkbox"/> Le gusta estar solo | <input type="checkbox"/> Celoso |
| <input type="checkbox"/> Tranquilo | <input type="checkbox"/> Esta triste frecuentemente | <input type="checkbox"/> Tiene dolores físicos |
| <input type="checkbox"/> Amodorrado | <input type="checkbox"/> Servicial | <input type="checkbox"/> Torpe |
| <input type="checkbox"/> Nervioso | <input type="checkbox"/> Desobediente | <input type="checkbox"/> Responsable |
| <input type="checkbox"/> Diferente | <input type="checkbox"/> Intranquilo | <input type="checkbox"/> Se Puede contar con el/ella |

Sistema Familiar de los padres

	Madre	Padre
Fue criado/a por sus padres biológicos?	_____	_____
Si la respuesta es NO, quien los crio	_____	_____
Su infancia fue feliz?	_____	_____
Considera que sus padres lo trataron adecuadamente?	_____	_____

MADRE:

Cuál era el tipo de castigos que recibía en su niñez? _____

Porque tipo de cosas recibía usted castigos? _____

Describa su relación con su madre _____

Describa su relación con su padre _____

De qué manera expresaba usted su enojo hacia sus padres? _____

PADRE:

Cuál era el tipo de castigos que recibía en su niñez? _____

Porque tipo de cosas recibía usted castigos? _____

Describa su relación con su madre _____

Describa su relación con su padre _____

De qué manera expresaba usted su enojo hacia sus padres? _____

Detalladamente lea la siguiente lista y marque las 5 características que eran más importantes para su familia durante su niñez? (Utilice la letra M para indicar la opinión de la madre y la letra P para indicar la opinión del padre)

_____ Diversión	_____ Honestidad	_____ Independencia
_____ Religión	_____ Ambición	_____ Educación
_____ Iniciativa	_____ Seguridad	_____ Salud
_____ Apariencia Personal	_____ Generosidad	_____ Moralidad
_____ Modales	_____ Bondad	_____ Escuchar a otros
_____ Afecto y Amabilidad	_____ Buenos Modales	_____ Orgullo
_____ Tranquilidad	_____ Agresión	_____ Trabajo
_____ Economía	_____ Tener confianza en uno mismo	_____ Obligaciones Sociales
_____ Limpieza	_____ Obediencia	_____ Subsistir
_____ Poder y Posición	_____ Privacidad	_____ Secretos Familiares
_____ No hablar sobre secretos familiares	_____ Otro, especifique _____	

Parto

Edad de la madre cuando el hijo/hija nació? _____ Edad del padre? _____

El nacimiento se llevo acabo en un hospital? _____ SI _____ NO

El bebe nació:

_____ Prematuro De cuantas semanas? _____
 _____ Se retraso Cuanto tiempo? _____
 _____ Tiempo adecuado de gestación
 _____ No se

Cuanto duro el trabajo de parto? _____

Cuanto peso al nacer? _____

Cual fue su puntuación en la prueba de Apgar? Al nacer _____ A los 5 min. _____ A los 10 min. _____

En que condición se encontraba el bebe al nacer? _____

En que condición se encontraba la madre después del parto? _____

Marque todas las complicaciones que sufrió durante el parto:

_____ Parto de nalgas _____ Parto inducido _____ Aspirador _____ Paro por cesárea

_____ Parto con fórceps, explique _____

_____ Otras complicaciones durante el parto? explique _____

_____ Recibió cuidado prenatal, explique _____

_____ Estuvo en una incubadora? Cuanto tiempo? _____

_____ Tuvo Ictericia: Cantidad de Bilirrubina _____ Muy Superior _____ Superior _____ Casi Normal

_____ Tuvo problemas respiratorios al nacer? Explique _____

Necesito oxigeno suplementario? _____ NO _____ SI Por cuánto tiempo? _____

_____ El bebe padeció de alguna enfermedad o condición al nacer? Explique _____

_____ Se utilizo anestesia durante el parto? _____ NO _____ SI De que tipo? _____

Por cuánto tiempo permaneció la madre en el hospital? _____ El bebe _____

Si el bebe permaneció en el hospital más tiempo que la madre, por favor explique por que _____

Describa como se sintieron usted y su pareja cuando su hijo/hija nacio. (Utilice la letra M para indicar la opinión de la madre y la letra P para indicar la opinión del padre)

<input type="checkbox"/> Alegres	<input type="checkbox"/> Entusiasmados	<input type="checkbox"/> Realizados
<input type="checkbox"/> No estábamos preparados	<input type="checkbox"/> Interrumpió nuestras vidas	<input type="checkbox"/> Desdichados
<input type="checkbox"/> Nerviosos	<input type="checkbox"/> Afecto negativamente la economía familiar	<input type="checkbox"/> Otro

Como se siente al respecto del sexo de su bebe? (Utilice la letra M para indicar la opinión de la madre y la letra P para indicar la opinión del padre)

<input type="checkbox"/> Era lo que queríamos	<input type="checkbox"/> Satisfechos	<input type="checkbox"/> Desilusionados
<input type="checkbox"/> No fue importante		

El bebe fue alimentado con: leche materna biberón/mamila
Qué tipo de formula? _____

Si el bebe fue alimentado con leche materna a que edad fue destetado? _____

El bebe tuvo problemas alimenticios? NO SI Explique _____

Cual de las siguientes características mejor describe a su bebe?

<input type="checkbox"/> Divertido	<input type="checkbox"/> Callado	<input type="checkbox"/> Enfermizo
<input type="checkbox"/> Difícil	<input type="checkbox"/> Irritable	<input type="checkbox"/> Muy Activo

Desarrollo Temprano

Por favor indique a que edad empezó su hijo/hija a lograr las siguientes metas de desarrollo. Especifique edad en años y meses.

_____ Sentarse solo/sola	_____ Caminar solo/sola
_____ Gatear	_____ Primeras palabras
_____ Pararse solo/sola	_____ Hablar con oraciones
_____ Demostró interés por distintos sonidos	

A qué edad le salió el primer diente? _____

A qué edad le acabaron de salir todos los dientes? _____

A qué edad aprendió a ir al baño? Durante el día _____ Durante la noche _____

Tuvo frecuentes accidentes nocturnos, después de que aprendió a ir al baño? _____ NO _____ SI

Hasta que edad? _____

Algún familiar biológico tuvo problemas aprendiendo a no orinar en la cama? _____ NO _____ SI

Quien? _____

Existe alguna razón física por la cual su hijo/hija orinaban en la cama? _____ NO _____ SI

Explique _____

Su hijo/hija duerme muy profundamente? _____ NO _____ SI

Su hijo/hija sufre de terrores nocturnos? _____ NO _____ SI

Su hijo/hija camina dormido? _____ NO _____ SI

Su hijo/hija ha tenido alguno de los siguientes problemas? **Por favor explique,**

Infecciones crónicas del oído? _____ NO _____ SI, explique _____

A qué edad empezaron? _____ Frecuencia _____

Qué tipo de antibióticos fueron recetados? _____ Que dosis? _____

Su hijo/hija tiene tubos de ventilación en los oídos? _____ NO _____ SI

Todavía sufre de infecciones de oído frecuentemente? _____ NO _____ SI

Dificultad para caminar NO SI _____

Es muy sensible al tacto NO SI _____

Es muy sensible a los sonidos NO SI _____

Dificultad para pronunciar palabras NO SI _____

Problemas para comer NO SI _____

Problemas de peso muy bajo NO SI _____

Problemas de sobrepeso NO SI _____

Cólico NO SI _____

Problemas para dormir NO SI _____

Dificultad para atrapar y lanzar NO SI _____

Dificultad para patear o pegar NO SI _____

Durante los primeros cuatro años de vida, su hijo/hija tuvo problemas en alguna de las siguientes áreas?
Por favor describa:

Cólera excesiva	NO	SI _____
Dificultad al separarse de sus padres	NO	SI _____
Llanto excesivo	NO	SI _____
Se mordía las uñas	NO	SI _____
Problemas alimenticios severos	NO	SI _____
Masturbación	NO	SI _____
Problemas de coordinación motora	NO	SI _____
Se golpeaba la cabeza	NO	SI _____

Su pareja comparte su preocupación por el desarrollo de su hijo/hija? (Utilice la letra M para indicar la opinión de la madre y la letra P para indicar la opinión del padre)

_____ NO _____ SI Explique _____

Con que mano prefiere su hijo/hija para escribir o dibujar? _____
Para comer? _____ Para lanzar o atrapar un objeto? _____

Si su hijo/hija utiliza ambas manos, que mano prefiere utilizar? _____

Su hijo/hija se confunde entre el lado derecho y el lado izquierdo? _____ NO _____ SI

Su hijo/hija parece cómodo utilizando ambas manos. Usted cree que sea ambidiestro? _____ NO _____ SI

Su hijo/hija se confunde cuando le dice que de la vuelta a la izquierda o a la derecha? _____ NO _____ SI

Su hijo/hija toma el lápiz de la manera correcta? _____ NO _____ SI

Su hijo/hija han recibido ayuda especial para tomar el lápiz de la manera correcta? _____ NO _____ SI

Durante el tiempo en el cual su hijo/hija cursaba Pre-Escolar y Kindergarten

Su destreza para cortar era:

Deficiente Promedio Buena Excelente

Su destreza para pegar era:

Deficiente Promedio Buena Excelente

Su destreza para colorear dentro de las líneas era:

Deficiente Promedio Buena Excelente

Desarrollo a partir de las 5 años

De la edad de 5 años hasta el presente, su hijo/hija han tenido o siguen teniendo dificultad en alguna de las siguientes aéreas? Por favor explique.

Dificultad para aprender a andar en bicicleta	NO	SI _____
Dificultad para aprender a brincar	NO	SI _____
Dificultad para seguir instrucciones	NO	SI _____
Dificultad para seguir direcciones con múltiples pasos	NO	SI _____
Dificultad para articular ciertos sonidos, cuales sonidos	NO	SI _____
Dificultad para diferenciar palabras que suenan parecido	NO	SI _____
Su hijo/hija sustituye palabras que suenan parecido	NO	SI _____
Dificultad al relatar una historia en la secuencia correcta	NO	SI _____

La última vez que su hijo/hija fue al médico, en que porcentaje de crecimiento está al ser comparado con el promedio de niños/niñas de su misma edad? _____

Si tiene usted una hija, a qué edad empezó a menstruar? _____

Su hijo/hija desarrollaron pelo corporal a una temprana edad? _____ NO _____ SI

A qué edad? _____

Usted consideraría que su hijo/hija tiene una cantidad de pelo excesivo? _____ NO _____ SI

A qué edad, durante la adolescencia, su hijo/hija empezó a demostrar deseos de ser independiente?

Sistema Familiar

Marque con un círculo, lo que mejor describe la relación que tiene su hijo/hija con las siguientes personas:

Madre:	Muy Bien	Buena	Normal	Mal	No aplica
Padre:	Muy Bien	Buena	Normal	Mal	No aplica

Otras personas que viven en la casa:

_____	Muy Bien	Bien	No Muy Bien	Mal	No aplica
_____	Muy Bien	Bien	No Muy Bien	Mal	No aplica
_____	Muy Bien	Bien	No Muy Bien	Mal	No aplica
_____	Muy Bien	Bien	No Muy Bien	Mal	No aplica

Si, usted y su pareja no están de acuerdo en la manera que estas preguntas fueron contestadas. Por favor explique _____

En general como consideraría usted su vida familiar:

Excelente	Buena	Normal	Mala	Muy Mala
-----------	-------	--------	------	----------

Describa la condición de salud en la que se encuentra el padre actualmente _____

Describa la condición de salud en la que se encuentra la madre actualmente _____

Le resulta difícil dejar a su hijo/hija, cuando necesita tiempo para descansar? _____ NO _____ SI

Hay algún evento que haya afectado su familia por el cual su hijo/hija empezó a tener problemas de aprendizaje o problemas de conducta? _____ NO _____ SI

_____ Cambio de trabajo, explique _____

_____ Divorcio o separación de los padres, explique _____

_____ Adopción o nacimiento de un hermano o hermana, explique _____

_____ Alguna muerte en la familia, explique _____

_____ Otro _____

Historia Medica

Su hijo/hija ha tenido:

Algún accidente de gravedad? _____ No _____ SI A qué edad? _____ Explique _____

Alguna enfermedad de gravedad? _____ NO _____ SI A qué edad? _____ Explique _____

Enfermedades y lesiones durante la infancia:

Si su hijo/hija sufrió alguna de las siguientes enfermedades indique la edad en años y meses:

_____ Rubeola _____ Fiebre Reumática _____

_____ Sarampión _____ Difteria _____

_____ Paperas _____ Meningitis _____

_____ Varicela _____ Encefalitis _____

_____ Tuberculosis _____ Anemia _____

_____ Tosferina _____ Fiebre de 40*C/104*F o mas _____

_____ Escarlatina _____

_____ Lesión cerebral, indique área del cerebro _____

_____ Perdida del conocimiento o estado de coma _____

_____ Convulsiones, indique los comportamientos evidentes durante e inmediatamente después

_____ Espasmos musculares

_____ Alucinaciones de destellos de luz

_____ Entumecimiento u hormigueo en algún área específica del cuerpo

_____ Alucinaciones y/o comportamiento repetitivo

_____ Movimientos de masticación

_____ Percepción de olores agradables o desagradables

Su hijo/hija ha tomado medicinas por más de 6 meses? _____ NO _____ SI

Cuando? _____ Que medicina? _____

Su hijo/hija ha tomado medicina para el Déficit Atencional e Hiperquinesia? _____ NO _____ SI

Que medicina? _____ Que dosis? _____

Su hijo/hija ha tomado alguno de las siguientes:

_____ Anfetaminas _____ Tranquilizantes

_____ Alcohol _____ LSD o alucinógenos

_____ Marihuana _____ Narcóticos

_____ Pastillas para perder peso _____ Otros, especifique _____

_____ Ninguna

Usted o alguna otra persona piensa que su hijo/hija tiene problemas con alguna de las sustancias antes mencionadas? _____ NO _____ SI, que sustancia? _____

Existen otros factores que usted cree que hayan afectado el sistema nervioso central de su hijo/hija? _____

Por favor indique si su hijo/hija frecuentemente padece alguna de las siguientes condiciones. Especifique con qué frecuencia.

Resfriados frecuentes	NO	SI	_____
Tos crónica	NO	SI	_____
Asma	NO	SI	_____
Fiebre del heno	NO	SI	_____
Sinusitis	NO	SI	_____
Dificultad para respirar o mareos ocasionados por el esfuerzo físico	NO	SI	_____
Nivel de actividad limitado debido a:			
Problemas del corazón	NO	SI	_____
Soplo en el corazón	NO	SI	_____
Vomito excesivo	NO	SI	_____
Diarrea frecuente	NO	SI	_____
Estreñimiento	NO	SI	_____
Dolor de estomago	NO	SI	_____
Nervios en el estomago	NO	SI	_____
Excesiva ingestión de alimentos y vomito auto inducido	NO	SI	_____
Anorexia	NO	SI	_____
Se orina en la cama o moja la ropa	NO	SI	_____
Dolor al orinar	NO	SI	_____
Orina excesivamente	NO	SI	_____
Dolor muscular	NO	SI	_____
	Quando?		_____
Camina torpemente	NO	SI	_____
Mala postura	NO	SI	_____
Problemas musculares	NO	SI	_____
Erupciones frecuentes en la piel	NO	SI	_____
Magulladura fácilmente	NO	SI	_____
Sufre de llagas en la piel	NO	SI	_____
Tiene problemas severos de acné	NO	SI	_____
Comezón en la piel (eczema)	NO	SI	_____
Sufrió de algún trauma que le haya provocado daño cerebral	NO	SI	_____
Sospecha que haya sufrido un trauma cerebral	NO	SI	_____
Tiene defectos de articulación	NO	SI	_____
Tiene accidentes frecuentemente	NO	SI	_____
Se muerde las unas	NO	SI	_____
Se chupa el dedo	NO	SI	_____
Rechina los dientes	NO	SI	_____
Tiene tics nerviosos	NO	SI	_____
Se golpea la cabeza	NO	SI	_____
Se mece	NO	SI	_____
Es autista? Cuando fue diagnosticado?	NO	SI	_____

Demuestra conductas compulsivas NO SI _____
 Problemas de Desarrollo Permanente NO SI _____
 Problemas de aprendizaje no-verbal NO SI _____
 Problemas de integración sensorial NO SI _____
 Algún problema neurológico NO SI _____
 Alergia a algún medicamento NO SI _____
 Alergias alimenticias NO SI _____
 Otras alergias NO SI _____
 Infecciones en los oídos NO SI _____
 Problemas auditivos NO SI _____
 Tubos de ventilación en los oídos NO SI _____
 Indique la fecha en la que hicieron el más reciente examen del oído _____

Problemas de la vista NO SI _____
 Utiliza anteojos o lentes de contacto NO SI _____
 Indique la fecha en la que le hicieron el más reciente examen de la vista _____

Cuidado Medico

Nombre del Pediatra _____ Teléfono _____

Dirección _____

Con que frecuencia visita su hijo/hija al Pediatra? _____ Fecha de su última visita _____

Su hijo/hija están actualmente tomando alguna medicina? _____ NO _____ SI

Si su respuesta fue SI, indique la razón y el tipo de medicina tomo

Historia Escolar

Indique las escuelas a las cuales su hijo/hija han asistido

Pre-escolar/Guarderia

Ciudad _____

Edad _____

Primaria(s) K-5

Ciudad(es) _____

Grados _____

Secundaria(s) 6-8

Ciudad(es) _____

Grados _____

Preparatoria(s) 8-12

Ciudad(es) _____

Grados _____

Indique si su hijo/hija ha tenido alguna de las siguientes experiencias

Su hijo/hija asistió a una guardería? _____ A partir de que edad? _____

Cuantas horas al día? _____ Cuantos días a la semana? _____

Tuvo algún problema en la guardería _____ NO _____ SI, explique _____

Su hijo/hija fue a Kindergarten _____ NO _____ SI

Tuvieron algún problema en Kínder _____ NO _____ SI, explique _____

Su hijo/hija ha tenido que cambiar de escuela por alguna razón que no sea por su progreso académico?

_____ NO _____ SI, explique _____

Su hijo/hija han tenido que repetir algún grado escolar? _____ NO _____ SI, que grado y por qué?

Su hijo/hija fue promovido al siguiente grado sin haberlo cursado? _____ NO _____ SI, que grado y por qué? _____

Su hijo/hija tuvo problemas en lectura en primaria (K-5)? _____ NO _____ SI, explique _____

Su hijo/hija tuvo problemas en lectura en secundaria (6-8)? _____ NO _____ SI, explique _____

Su hijo/hija tuvo problemas en lectura en preparatoria (9-12)? _____ NO _____ SI, explique _____

Su hijo/hija tuvo problemas en matemáticas en primaria (K-5)? _____ NO _____ SI, explique _____

Su hijo/hija tuvo problemas en matemáticas en secundaria (6-8)? _____ NO _____ SI, explique _____

Su hijo/hija tuvo problemas en matemáticas en preparatoria (9-12)? _____ NO _____ SI, explique _____

Su hijo/hija tuvo problemas en escritura en primaria (K-5)? _____ NO _____ SI, explique _____

Su hijo/hija tuvieron problemas en escritura en secundaria (6-8)? _____ NO _____ SI, explique _____

Su hijo/hija tuvo problemas en escritura en preparatoria (9-12)? _____ NO _____ SI, explique _____

Su hijo/hija tiene malas calificaciones? _____ NO _____ SI Describa sus más recientes calificaciones _____

Su hijo/hija ha sido evaluado para servicios de educación especial? _____ NO _____ SI, cuando? _____

Su hijo/hija está recibiendo servicios de educación especial o algún tipo de apoyo (acomodaciones)? _____ NO

SI, explique _____

Su hijo/hija le gusta la ir a la escuela? _____ NO _____ SI

Su hijo/hija falta a la escuela frecuentemente? _____ NO _____ SI, explique _____

Esta usted preocupado por calidad de la educación que su hijo/hija está recibiendo? _____ NO _____ SI,

explique _____

Amistades

Indique cómo este niño/niña relaciona a otros niños

Su hijo/hija tiene problemas al relacionarse o al jugar con otros niños/niñas? _____ NO _____ SI, explique _____

Pelea frecuentemente con sus compañeros? NO SI _____
 Prefiere jugar con niños mas pequeños? NO SI _____
 Le es difícil hacer amigos? NO SI _____
 Prefiere jugar solo/sola? NO SI _____

Tiene vecinos de su misma edad con los cuales su hijo/hija puede jugar? NO SI

Qué papel toma su hijo/hija cuando juega con niños de su misma edad (líder, agresor, el seguidor, etc.)? _____

Tiene mascotas en su casa? NO SI

Como se lleva su hijo/hija con la mascota(s)? _____

Recreación/Intereses

Qué tipo de actividades disfruta su hijo/hija?

Deportes: _____

Pasatiempos: _____

Otros: _____

Su hijo/hija ha perdido interés recientemente en alguna de estas actividades? NO SI, explique _____

Conductas por las cuales usted solicita esta evaluación

Esta usted preocupado(a) de que su hijo/hija lastime a otros o así mismo(a)? NO SI, explique _____

Su hijo/hija ha sufrido cambios en las siguientes áreas:

_____ Personalidad	_____ Hábitos	_____ Atención
_____ Humor	_____ Tensión	_____ Concentración
_____ Actitud hacia otros	_____ Irritabilidad	_____ Memoria
_____ Manera de vestir	_____ Actividad	_____ Manera de hablar

Explique _____

Su hijo/hija ha recibido terapia y/o evaluación psicológica? NO SI

Si contesto si, cual es el nombre del psicólogo(a) _____

Dirección _____

Teléfono _____

Tipo de terapia _____

Fecha _____

Su hijo/hija ha recibido una evaluación neurológica? NO SI

Si contesto si, cual es el nombre del neurologo(a) _____

Dirección _____

Teléfono _____

Fecha de la evaluación _____

Razón por la cual la evaluación fue necesaria _____

Nos otorga usted permiso para intercambiar información y comunicarnos con otros profesionales que han trabajado con su hijo/hija? NO SI

Firma del padre o guardián legal _____

Fecha _____

Nos otorga usted permiso para intercambiar información y comunicarnos con la escuela de su hijo/hija?

NO SI

Si contesto si, con quien nos otorga permiso de intercambiar información en la escuela de su hijo/hija?

Sicólogo Escolar _____

Consejero(a) _____

Maestro(a) _____

Director(a) _____

Otros _____

Lista del comportamiento infantil

Nombre del niño/niña _____

Lea las siguientes listas e indique marcando con un círculo la frecuencia con la que su hijo/hija manifiesta cada una de las siguientes conductas. Utilice la siguiente escala:

1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy frecuentemente

Grupo A

- 1 2 3 4 5 No confía en si mismo
 1 2 3 4 5 Se menos precia
 1 2 3 4 5 Se reúsa a probar cosas nuevas
 1 2 3 4 5 Aun cuando tiene la capacidad, no lo demuestra en su trabajo
 1 2 3 4 5 Solo ve las cosas malas en si mismo
 1 2 3 4 5 Es tímido en un grupo de gente
 1 2 3 4 5 Se avergüenza fácilmente
 1 2 3 4 5 Parece satisfecho con su trabajo, aunque haya hecho un mal trabajo
 1 2 3 4 5 Se da por vencido fácilmente
 1 2 3 4 5 Demuestra no tener confianza en si mismo

Grupo B

- 1 2 3 4 5 Dificultad para hacer y mantener amistades
 1 2 3 4 5 Dificultad para mantener amigos(as)
 1 2 3 4 5 Dificultad para expresar su punto de vista
 1 2 3 4 5 Dificultad iniciando y manteniendo comunicación
 1 2 3 4 5 Dificultad para mantener el mismo tema dentro de una discusión
 1 2 3 4 5 Dificultad para modular el tono de voz y el uso del lenguaje en situaciones sociales
 1 2 3 4 5 Dificultad para controlar coraje y/o stress
 1 2 3 4 5 Usa estrategias incorrectas para resolver conflictos
 1 2 3 4 5 Utiliza conductas que socialmente son inaceptables
 1 2 3 4 5 Dificultad para reconocer señales sociales que no son verbales

Grupo C

- 1 2 3 4 5 Siempre esta apurado
 1 2 3 4 5 Tiene dificultad manteniéndose sentado
 1 2 3 4 5 Parece que no escucha
 1 2 3 4 5 Tiene problemas para terminar lo que empieza
 1 2 3 4 5 Tiene poca concentración y atención para hacer asignaciones para la escuela
 1 2 3 4 5 Continuamente mueve los pies y las manos o se retuerce en su silla
 1 2 3 4 5 Se distrae fácilmente
 1 2 3 4 5 Tiene dificultad para jugar en silencio
 1 2 3 4 5 Habla mucho

- 1 2 3 4 5 Frecuentemente interrumpe cuando otros están conversando o jugando
1 2 3 4 5 Es desorganizado(a) y pierde cosas que necesita para la escuela
1 2 3 4 5 Toma riesgos sin considerar el peligro de la situación
1 2 3 4 5 Responde a preguntas antes de que hayan terminado de hacer la pregunta

Grupo D

- 1 2 3 4 5 Tiene problemas para dormir
1 2 3 4 5 Tiene poco apetito
1 2 3 4 5 Parece estar triste
1 2 3 4 5 Menciona que es tonto y que no tiene valor
1 2 3 4 5 No tiene interés en divertirse
1 2 3 4 5 Se irrita fácilmente
1 2 3 4 5 Su estado de ánimo cambia fácilmente
1 2 3 4 5 Juega solo
1 2 3 4 5 Lloro fácilmente
1 2 3 4 5 Parece cansado

Grupo E

- 1 2 3 4 5 Se queja de problemas físicos como dolores de cabeza o dolores de estomago
1 2 3 4 5 Se preocupa excesivamente
1 2 3 4 5 Se muerde las uñas
1 2 3 4 5 Necesita constante apoyo moral
1 2 3 4 5 Tiene miedo de perder el control
1 2 3 4 5 Tiene miedo de una situación o un objeto determinado
1 2 3 4 5 Exagera su respuesta hacia situaciones peligrosas
1 2 3 4 5 Tiene dificultad al separarse de sus padres
1 2 3 4 5 Tensa los músculos
1 2 3 4 5 Tiene conductas que se repiten (lavarse las manos, contar, etc.)

Grupo F

- 1 2 3 4 5 Se reúsa a seguir ordenes o reglas
1 2 3 4 5 Se enoja con facilidad
1 2 3 4 5 Discute con sus padres y/o maestros
1 2 3 4 5 Culpa a otros por sus errores
1 2 3 4 5 Dice groserías o malas palabras
1 2 3 4 5 Hace cosas deliberadamente para molestar a otros
1 2 3 4 5 Se resiente y enoja frecuentemente
1 2 3 4 5 Guarda rencor
1 2 3 4 5 Se molesta fácilmente
1 2 3 4 5 Demuestra excesiva terquedad u oposición

Grupo G

- 1 2 3 4 5 Retraso en el desarrollo físico
- 1 2 3 4 5 Retraso en el desarrollo del lenguaje
- 1 2 3 4 5 Prefiere estar con gente menor que el/ella
- 1 2 3 4 5 Responde de una manera inmadura
- 1 2 3 4 5 Lloriquea y apega
- 1 2 3 4 5 Compra y juega con juguetes para niños/niñas más pequeños
- 1 2 3 4 5 Se comporta como un niño/niña menor

Lista Social/Pragmática

Marque la respuesta apropiada

	Consistente	Inconsistente	Nunca	No Aplica
Contacto visual adecuado				
Utiliza saludos socialmente adecuados				
Impulsivo(a)				
Se distrae fácilmente				
Dificultad con las transiciones				
Responde inapropiadamente a los cambios				
Respeto el espacio personal de otras personas				
Demuestra conductas de auto-estimulación				
Su conducta es socialmente aceptada				
Sabe esperar su turno				
Interrumpe frecuentemente				
Es educado				
Inicia conversaciones con sus compañeros				
Mantiene interacción durante una conversación por más de tres turnos				
Termina la conversación de una manera apropiada				
Habla de temas que son apropiados para su edad				
Puede mantener el mismo tema en una conversación				
Puede seguir los cambios de temas dentro de una conversación				
Cambia el tema de conversación utilizando las palabras “por cierto”				
Persevera en una sola idea				
Hace comentarios sobre el medio ambiente				
Su sentido del humor es apropiado				
Entiende el sentido del humor de personas de su misma edad				
Es capaz de negociar y hacer concesiones				
Trabaja de manera independiente				
Tolera varios estímulos ambientales				

CHLA – Symptom Checklist – Spanish

Client Name: _____

- _____ 1. Descontento con la escuela
- _____ 2. Se queja de los maestros
- _____ 3. Fácilmente frustrado
- _____ 4. Ansioso; o _____ 4a entra en pánico bajo presión
- _____ 5. renuencia a leer
- _____ 6. Renuencia a sentarse y que le lean
- _____ 7. Renuencia a estudiar o _____ 7a realizar otras tareas sedentarias, p. _____
- _____ 8. Habilidades de estudio pobres
- _____ 9. Lectura lenta; o _____ mala lectura
- _____ 10. Dificultad para pronunciar palabras
- _____ 11. Es principalmente un “lector a primera vista”
- _____ 12. Agrega palabras, omite palabras o sustituye palabras
- _____ 13. mala ortografía; o _____ 13a le va bien en la prueba de ortografía pero olvida las palabras más tarde
- _____ 14. Pobre vocabulario
- _____ 15. Dificultad para entender lo que se lee.
- _____ dieciséis. Dificultad para recordar lo leído.
- _____ 17. Dificultad para entender lo que se escucha.
- _____ 18. Dificultad para recordar lo que se escuchó
- _____ 19. Dificultad para expresar pensamientos _____ 19a verbalmente o _____ 19b en forma escrita
- _____ 20. Aprender un idioma extranjero es muy difícil incluso después de un arduo estudio.
- _____ 21. Piensa concreta o literalmente; _____ 21a No puedo “leer entre líneas”
- _____ 22. Tiene dificultad para prever las consecuencias.
- _____ 23. Problemas para decir la hora o dificultad con los minutos, las horas, los meses, etc.
- _____ 24. Dificultad para entender o contar chistes.
- _____ 25. Las palabras parecen moverse, sacudirse o bailar
- _____ 26. Salta línea(s) al leer

- ____ 27. Ve destellos de luz o manchas al ver la página o la pantalla
- ____ 28. Las palabras son borrosas a pesar de que la visión está bien o tiene lentes correctivos
- ____ 29. No ve espacios o suficiente espacio entre letras y/o palabras
- ____ 30. Mala memoria para lo que dicen las palabras (no puede recordar lo que dice la palabra completa, no es un lector "a primera vista") o parece olvidar "el", "y", "cuándo", "fue", "allí", etc.
- ____ 31. Intenta usar la ortografía fonética todo el tiempo
- ____ 32. No puede escribir letras del alfabeto o no puede hacerlo sin gran dificultad.
- ____ 33. No puedo mantener las columnas rectas en matemáticas
- ____ 34. No le gusta u odia las matemáticas.
- ____ 35. Problemas con las tablas de multiplicar y operaciones matemáticas básicas
- ____ 36. No puede entender nuevos conceptos matemáticos.
- ____ 37. No puedo recordar combinaciones
- ____ 38. Distráido _____ 38a Difícil de enfocar la atención
- ____ 39. Dificultad para seguir instrucciones
- ____ 40. Dificultad para hacer el trabajo; _____ 40a Dificultad para seguir
- ____ 41. Cuando hace la tarea, se olvida de entregarla
- ____ 42. Desorganizado y/o problemas con la secuenciación y la planificación
- ____ 43. Copia inexacta
- ____ 44. Escritura descuidada o ilegible
- ____ 45. Uno o más miembros de la familia biológica tienen problemas en (marque con un círculo uno(s)): leer, deletrear, escribir, disfrutar la lectura, aprobar un grado o una clase
- ____ 46. Ha sido retenido o no ha aprobado una calificación.
- ____ 47. Tuvo terapia del habla y/o del lenguaje
- ____ 48. Está en o cree que necesita lectura de recuperación (tutoría o clase)
- ____ 49. Está en, o cree que necesita, una clase de discapacidad de aprendizaje (L.D.)

Cuestionario de Atención-Actividad

Encierre en un círculo cualquiera de los siguientes I, II o IM, que hayan persistido durante al menos seis meses y se consideren desadaptativos e inconsistentes con el nivel de desarrollo de la persona.

- I.
 1. A menudo no presta mucha atención a los detalles o comete errores por descuido en trabajo escolar, trabajo u otras actividades.
 2. A menudo tiene dificultad para mantener la atención en tareas o actividades de juego.
 3. A menudo no parece escuchar cuando se le habla directamente.
 4. A menudo no sigue las instrucciones y no termina el trabajo escolar, las tareas domésticas o los deberes en el lugar de trabajo (no debido a un comportamiento de oposición o falta de comprensión de las instrucciones).
 5. A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
 6. A menudo evita, le disgusta o se resiste a participar en tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como tareas escolares o escolares).
 7. A menudo pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., juguetes, tareas escolares, lápices, libros o herramientas).
 8. A menudo se distrae fácilmente con estímulos extraños.
 9. A menudo es olvidadizo en las actividades diarias.
- II.
 1. A menudo se mueve nerviosamente con las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
 2. A menudo abandona su asiento en el salón de clases o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
 3. A menudo corre o trepa excesivamente en situaciones en las que no es apropiado (en adolescentes o adultos, puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
 4. A menudo tiene dificultad para jugar o participar tranquilamente en actividades de ocio
 5. A menudo está "en movimiento" o actúa como si "lo impulsara un motor".
 6. A menudo habla en exceso.
 7. A menudo suelta respuestas antes de que se hayan completado las preguntas.
 8. A menudo tiene dificultad para esperar su turno.
 9. A menudo interrumpe o se entromete con los demás (p. ej., se entromete en conversaciones o juegos).

1. ¿Cuáles de los síntomas encerrados en un círculo arriba estaban presentes antes de los siete años? (enumere por letra(s) y número (es decir, I. #3, II. #5 y IM. #9):

2. Indique el(los) entorno(s) donde existe algún impedimento debido a los síntomas mencionados anteriormente: (encierre en un círculo) el hogar, la escuela, el trabajo, el grupo social, el juego, el deporte organizado, otro (especifique)

3. ¿Qué evidencia clara hay para demostrar que existe un deterioro significativo en el funcionamiento social, académico u ocupacional

4. ¿Existen otras razones posibles para los síntomas marcados con un círculo? Subraye la(s) razón(es) posible(s): por ejemplo, depresión, ansiedad, maníaco-depresión, estrés postraumático vagamente asociado, factores ambientales tales como estilos de crianza laxos o polares, abuso físico y/o sexual, culpa excesiva, miedo de fuentes desconocidas, otro
