

DISTRITO ESCOLAR DE CENTRAL UNIÓN

Educación Especial

Desarrollo – Médico – Historia de la Escuela

Para los padres: Favor de tomar en cuenta que la historia del desarrollo es un componente requerido del proceso de la Evaluación de la Educación Especial. Por favor, conteste las preguntas de este cuestionario a lo mejor de su habilidad. **Todas las respuestas y preguntas son confidenciales.** La información que se ofrece ayudara al equipo del Plan Individualizado Educativo durante la evaluación de las necesidades educativas de su hijo/a. Si usted tiene alguna pregunta con respecto a esta historia del desarrollo favor de contactar a la enfermera a través de la oficina de la escuela. Gracias.

Datos de la Familia:

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Domicilio del la casa: _____ Teléfono: _____

Idioma primario que se habla en el hogar: _____

Nombre del padre: _____ Edad: _____ Nombre del Empleador: _____

Vive en el hogar: Si _____ No _____ El nivel más alto de la escuela completada: _____

Nombre de la madre: _____ Edad: _____ Nombre del Empleador: _____

Vive en el hogar: Si _____ No _____ El nivel más alto de la escuela completada: _____

Historial Medica de la Familia:	Si	No	Relaciones	Historia de la Familia de la Salud Mental	Si	No	Relaciones
Alergias	_____	_____	_____	ADD/ADHD	_____	_____	_____
Asma	_____	_____	_____	Trastorno de ansiedad	_____	_____	_____
Trastorno de la sangre	_____	_____	_____	Drogas / Abuso de Alcohol	_____	_____	_____
Cáncer	_____	_____	_____	Autismo	_____	_____	_____
Diabetes	_____	_____	_____	Bipolar	_____	_____	_____
Enfermedad del corazón	_____	_____	_____	Problemas de Aprendizaje	_____	_____	_____
Convulsiones	_____	_____	_____	Retardación Mental	_____	_____	_____
Otro: _____	_____	_____	_____	Otro: _____	_____	_____	_____

Historia del Embarazo

¿Cuál numero de embarazo fue para la madre: _____ Edad de la madre durante el embarazo: _____ Madre recibió atención prenatal: Si No

Por favor circule cualquier enfermedad/complicaciones durante el embarazo: Sarampión, rubéola, varicela, toxemia, la diabetes, hemorragias

Graves, problemas emocionales, otros: _____

Apunte los medicamentos que la madre tomó durante el embarazo: _____

¿Fumo la madre cigarrillos durante el embarazo? Si No Circule liviano moderado pesado

¿Tomo la madre alcohol durante el embarazo? Si No Circule liviano moderado pesado

¿Consumió la madre drogas ilícitas durante el embarazo? Si No ¿Si, que? _____

Historia de Nacimiento:

¿Qué largo fue el parto: _____ Parto vaginal o parto por cesárea? _____

Si fue cesárea ¿Por qué? _____ (Emergencia – Programada)

El peso al nacer: _____ libras _____ onzas Circule: Prematuro _____ Semanas A tiempo Retraso _____ Semanas

¿Tuvo el bebé algún problema al nacer? Si No ¿Si, favor de explicar? _____

¿Necesito el bebe oxígeno después de nacer? Si No ¿Si, por cuánto tiempo: _____

¿Se fue el bebe a casa con mama? Si No ¿No, por qué no? _____

Historia Medica del Estudiante

Información Médica General:

Alergias a los medicamentos? _____ Seguro Médico: _____
 Médico de Atención Primaria? _____ Especialistas? _____
 Oculista? _____ Dentista? _____
 Otras agencias? (*Servicios Sociales, CPS, CVRC, UCP, etc.*) _____

Medidas del Desarrollo:

Edad a la que el niño/a: se Sentó _____ Gateo _____ Caminó _____ Habló palabras individuales _____ Habló en oraciones _____
 Edad cuando fue entrenado para usar el baño: vejiga _____ intestino _____ Por la Noche _____
 ¿El desarrollo fue (circule uno): más temprano lo mismo Después que los hermanos?

Medicamentos actuales:

¿Medicamentos del mostrador? Si No ¿Si, qué? _____
 ¿Medicamentos recetados? Si No ¿Si, qué? _____
 ¿Remedios herbales? Si No ¿Si, qué? _____
 ¿Anteojos o lentes de contacto? Si No ¿Si, para qué? _____
 ¿Aparatos auditivos? Si No ¿Si, a que nivel de perdida? _____
 Dispositivos Médicos (muletas, andador, etc.)? Si No ¿Si, qué y por qué? _____

El niño/a ha sido diagnosticado con:

(Edad diagnosticada)

Explicación

El niño/a ha sido diagnosticado con:			(Edad diagnosticada)			Explicación
1. ADHD	Si	No	Edad: _____	Resuelto	en marcha	_____
2. Alergias	Si	No	Edad: _____	Resuelto	en marcha	_____
3. Asma	Si	No	Edad: _____	Resuelto	en marcha	_____
4. Problemas Dentales	Si	No	Edad: _____	Resuelto	en marcha	_____
5. Diabetes	Si	No	Edad: _____	Resuelto	en marcha	_____
6. Problemas de Alimentación	Si	No	Edad: _____	Resuelto	en marcha	_____
7. Infección del Oído	Si	No	Edad: _____	Resuelto	en marcha	_____
8. Condición de la Piel	Si	No	Edad: _____	Resuelto	en marcha	_____
9. Resfriados Frecuentes	Si	No	Edad: _____	Resuelto	en marcha	_____
10. Dolores de la Cabeza	Si	No	Edad: _____	Resuelto	en marcha	_____
11. Trastorno del Corazón	Si	No	Edad: _____	Resuelto	en marcha	_____
12. Problemas de los Riñones	Si	No	Edad: _____	Resuelto	en marcha	_____
13. Sangra de la nariz	Si	No	Edad: _____	Resuelto	en marcha	_____
14. Convulsiones	Si	No	Edad: _____	Resuelto	en marcha	_____
15. Problemas para Dormir	Si	No	Edad: _____	Resuelto	en marcha	_____
16. Ronquidos	Si	No	Edad: _____	Resuelto	en marcha	_____
17. Fracturas	Si	No	Edad: _____	Resuelto	en marcha	_____
18. Problemas de la Visión	Si	No	Edad: _____	Resuelto	en marcha	_____
19. Problemas de Audición	Si	No	Edad: _____	Resuelto	en marcha	_____
20. Otro _____	Si	No	Edad: _____	Resuelto	en marcha	_____

Hospitalizaciones: Si No ¿Si, Por qué y cuándo _____

¿Cirugías: Si No ¿Si, Por qué y cuándo _____

Firma del Padre _____

Fecha _____