**Historial de Desarrollo Infantil/Adolescent**

**INFORMACIÓN GENERAL**

Nombre Completo del niñ@:       Grado       Edad       Fecha de Nac:       Direcciόn actual:

Tiempo viviendo en dirección:       Persona dando esta informaciόn:       Relaciόn con el niño       Con quien vive el/al niñ@: **[ ]**  ambos padres **[ ]**  madre **[ ]** padre **[ ]** otro (especifica)

Padre Biolόgico:       Empleo:       Años de Educaciόn:       Teléfono del padre: Casa      Trabajo       Celular

Madre Biológica      Empleo:       Años de Educaciόn:       Teléfono del padre: Casa      Trabajo       Celular

**[ ]**  N/A Nombre de Guardian      Empleo:       Años de Educaciόn:       Teléfono del padre: Casa      Trabajo       Celular

Familia Inmediata Del Niño:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre  | Relaciόn con el niñ@ | Edad/ Grado  | Viviendo en casa? |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

Escribe los nombres de quien vive en la casa pero sin ser parientes de el niñ@

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre  | Relaciόn con el niño/familia | Tiempo viviendo en casa |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

Idioma(s) hablado en casa       Idioma principal en casa

Todas las locaciones que a vivido el niño (ciudad, estado):

1.Lugar de Nacimiento       a que edad/grado se mudo

2.       a que edad/grado se mudo

3.       a que edad/grado se mudo

Padres Biolόgico están actualmente **[ ]** casados **[ ]**  separados **[ ]**  divorciados **[ ]**  nunca se casaron

• ¿Si separados o divorciados, quien tiene custodial legal? **[ ]**  madre **[ ]**  padre **[ ]**  otro (especifica)

• ¿Si separados o divorciados, ¿Cómo cree que su hijo se ha adaptado a la separación divorcio?

¿Hay otros adultos que tienen contribución significante en la crianza su hij@? **[ ]**  Sí **[ ]** No

Si sí, por favor indica su nombre y relaciόn con el nińo (i.e. padrastro, abuel@, etc.)

¿Ha habido cambios significativos en el hogar durante los últimos años? (por ejemplo: nuevos matrimonios, fallecid@s, nacimientos, cambios de hogar, separación familiar/ divorcio, padre yendo a citas, problemas de dinero etc.)

¿Qué cree que son de su hijo ...

Fortalezas

Debilidades

Describa brevemente sus preocupaciones por su hijo.

**SALUD Y DESAROLLO**

El niño es su: **[ ]**  hij@ biológic@ **[ ]**  niñ@ adoptado **[ ]**  hij@ adoptivo **[ ]** otro:

¿Edad de la Madre durante nacimiento?

¿La Madre recibió atención medica prenatal de rutina? **[ ]** Sí **[ ]** No

Por favor especifique cualquier medicamento utilizado durante el embarazo y la razón por la que lo utilizó

Embarazo duró       semanas/meses Peso al nacer del niñ@:       libras       onzas

Marca las condiciones a continuación que describen la salud del niñ@ y la madre durante…

Embarazo de la Madre

**[ ]**  Sin Complicaciones

**[ ]** Apagones

**[ ]** Caídas

**[ ]** Herida Fisica

**[ ]** Sangrado Excesivo

**[ ]** Hipertensión

**[ ]** Diabetes

**[ ]** Estrés Emocional

 **[ ]** Toxemia

**[ ]** Uso de alcohol/drogas

**[ ]** Uso de Tobaco

Parto del Niñ@

**[ ]**  Normal

**[ ]** Parto Inducido

**[ ]** Cesárea

**[ ]** Recamara de Nacimien **[ ]** Inusualmente largo parto (>12hrs)

**[ ]**  # de semanas premaduras

**[ ]** # de semanas vencidas

**[ ]** Otros Problemas (especifica)

Condición del Niñ@ al nacer **[ ]** Normal/ No hubo problemas

**[ ]** Falta de Oxigeno

**[ ]** Problema Respiratorio

**[ ]** Lesión/ Defecto de Nacimiento

**[ ]** Ictericia

**[ ]** # de días en UCI recién nacid@

**[ ]** Otros Problemas (especifica)

Describa el estado de salud actual de su hij@: **[ ]**  Excelente **[ ]** Bien **[ ]**  Razonable **[ ]**  Malo

¿Su hij@ toma algún medicamento actualmente? **[ ]** Sí **[ ]**  No

Si sí, por favor especifique cual medicamento utiliza y la razón por la que lo utiliza:

¿Su hij@ tiene una discapacidad? **[ ]**  Sí **[ ]**  No

Si sí, quien la identifico, a que esad, & que discapacidad?

¿Alguna vez su hij@ ha recibido apoyo psicóloga? **[ ]**  Sí **[ ]**  No

Si sí, de quien (profesional/agencia) and y cuando:

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Su hij@ ha tenido alguno de los siguientes?  | Por favor describa y de detalles y fechas.  |
| **[ ]** Heridas Graves |       |
| **[ ]** Heridas a la Cabeza |       |
| **[ ]**  Cirugías/ Hospitalizatiόn |       |
| **[ ]**  Ataques o Convulisones |       |
| **[ ]**  Otros problemas de salud |       |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Hay antecedents familiars de lo siguiente?  | Miembro de la familia biolόgica… |
| **[ ]**  Dificultades de aprendizaje (lectura, escritura, matemática) |       |
| **[ ]**  Problema del habla o del lenguaje (tartamudeo etc.) |       |
| **[ ]**  Developmental Disorder (as Autism, etc.) |       |
| **[ ]**  Problemas emocionales (depresión, cambios de humor, etc.) |       |
| **[ ]**  Retraso mental |       |
| **[ ]**  Reprobando la Escuela(calificaciones reprobatorias, abandonar los estudios, etc.) |       |
| **[ ]**  Adicción a las drogas o al alcohol |       |

Indique la edad o el rango de edad cuando su hijo logró las siguientes metas:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Meta: | 0-3 meses | 4-6 meses | 7-12 meses | 13-18 meses | 19-24 meses | 2-3 años | 3-4 años |
| Se sentó sin ayuda | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| Gateo | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| Caminó | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| Dijo sus primeras palabras | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| Dijo sus primeras frases | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| Totalmente entrenado para ir al baño | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| Permaneci@ seca toda la noche | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |

**COMPORTAMIENTO**

Durante los primeros años de vida de su hijo, ¿estuvo presente de manera significativa alguno de los siguiente?

**[ ]**  Difícil de consolar

**[ ]** No se calmaba fácilmente al ser sostenido o acariciado

**[ ]** De cólico

**[ ]** Irritabilidad excesiva

 **[ ]**  Sueño disminuido

**[ ]**  dificultad con la lactancia

**[ ]**  Contacto visual deficiente

**[ ]**  No respondía a su nombre

**[ ]**  Fascinación por ciertos objetos.

**[ ]** Constantemente golpeándose la cabeza

\*Si aplica, por favor describa:

**El Temperamento Temprano del Niño: (*hasta los cinco años de edad)***

Nivel de Actividad: ¿Qué tan activo ha sido su hijo desde una edad temprana?

Distracción: ¿Qué tanto pudo mantener la concentración o concentrarse en las tareas?

Adaptabilidad: ¿Qué tan bien pudo lidiar con la transición, el cambio o cuando se le negó las cosas?

Estado de ánimo: ¿Cuál era el estado de ánimo básico de su hijo? ¿Presentό cambios de humor frecuentes?

Regularidad: ¿Qué tanto fueron predecibles los patrones de nivel de actividad, sueño, apetito, etc. de su hijo?

Antes de los seis años, ¿tenía su hijo más dificultades que otros niños de su edad con…

**[ ]**  Sentado quieto a la hora de comer

**[ ]**  Prestando atención cuando se le lee

**[ ]**  Lanzar/atrapar una pelota

**[ ]**  Abrochar/ subiendo su cierre

**[ ]**  Sosteniendo crayón o lápiz

**[ ]**  Dejar caer / tirar cosas accidentalmente

**[ ]**  Mantenerse concentrad@ en la televisión, películas, etc.

**[ ]**  Esperando su turno en un juego

**[ ]**  Conociendo la izquierda y la derecha

**[ ]**  Vestirse sol@

**[ ]**  abrochando se los zapato

Por favor, marque todos los comportamientos o características que describen a su hij@ durante el año pasado:

**[ ]**  Comportamiento destructivo

**[ ]**  Es cariños@ con la familia y los amigos

**[ ]**  Responde bien a las figuras de autoridad

**[ ]**  Energía ilimitada y mal juicio

**[ ]**  Crueldad hacia los animales

**[ ]**  Desorganizad@, pierde cosas muy seguido

**[ ]**  Muestra agresión física repentina

**[ ]**  Frustrad@ fácilmente

**[ ]**  Cambia de una actividad a otra

**[ ]**  Tiene dificultad para jugar en silencio

**[ ]**  Requiere mucha atención de los padres

**[ ]**  Se inquieta mucho

**[ ]** Parece soñar despierto o desconectarse muy seguido

**[ ]**  Hábitos nerviosos (morderse las uñas, jugar con el cabello, etc.)

**[ ]**  Parece deprimid@ y infeliz la mayor parte del tiempo

**[ ]**  Temperamento explosivo

**[ ]**  Se queja con frecuencia de dolores y molestias

**[ ]**  Parece tener baja autoestima

**[ ]**  Prefiere estar sol@ (o se considera "solitari@")

**[ ]**  le hace falta motivación

**[ ]**  Roba o miente

**[ ]**  Se enfada con el cambio

**[ ]**  Se asusta muy seguido

**[ ]**  Conflictos frecuentes entre compañeros y / o familiares

**[ ]** Inicia incendios

**[ ]**  No parece escuchar lo que se dice.

**[ ]**  Siempre preocupándo se por algo

¿Con qué frecuencia hay problemas para su hijo en cada uno de los siguientes?

*Problemas incluyen: no sigue las instrucciones/reglas, necesita recordatorios, discute/pelea, lloriquea/llora, se inquieta, etc.*

• Mientras se prepara para la escuela...

• Cuando juega solo...

• Cuando esté con una niñera/guardería...

• Cuando en el coche...

• Al mirar televisión o jugar juegos...

**[ ]**  Casi nunca

**[ ]** Casi nunca

**[ ]**  Casi nunca

**[ ]**  Casi nunca

**[ ]**  Casi nunca

**[ ]**  Algunas veces

**[ ]**  Algunas veces

**[ ]**  Algunas veces

**[ ]** Algunas veces

**[ ]** Algunas veces

**[ ]** Frecuentemente

**[ ]**  Frecuentemente **[ ]** Frecuentemente

**[ ]**  Frecuentemente **[ ]**  Frecuentemente

¿Cómo describiría la personalidad de su hij@ en casa?      ¿Con

 qué adulto preferiría su hijo hablar sobre un problema?

¿Quién es el miembro de la familia con el que su hijo se siente más cercano?

¿Quién es el principal responsable de la disciplina en casa?

¿Cuál es la forma más efectiva de lidiar con los problemas de conducta de su hijo en casa?

     ¿Cómo

responde su hij@ a la disciplina?      Cuales responsabilidades tiene su hijo en el hogar:

\* ¿Su hijo hace esto con regularidad? **[ ]**  Sí **[ ]**  No ¿Su hijo necesita recordatorios frecuentes? **[ ]**  Sí **[ ]**  No

Indique la hora de acostarse de su hijo.   :    ¿Hora de despertar?    :

¿Duermen bien?       ¿

¿Cuánto tiempo suele dedicar su hijo a los medios electrónicos?

Mirar televisión:    horas / día Jugar juegos de video / computadora:    horas / día Otro

¿Algún miembro de la familia ha expresado preocupaciones sobre el comportamiento de su hijo? **[ ]**  Sí **[ ]** No Si sí, explique:

¿Cómo describiría las relaciones con los compañeros y la elección de amigos de su hijo? (es decir, ¿cuántos amigos? ¿De qué edad / género? ¿Es el niño tímido, extrovertido, líder, seguidor, etc.?

**HISTORIA EDUCACIONAL**

¿Cómo se siente su hij@ con respecto a la escuela?

¿Qué tan motivado cree que está su hijo para aprender?

Aproximadamente, ¿cuánto tiempo dedica su hijo a la tarea cada noche?

¿Qué tan difícil se le hace la tarea? **[ ]** No se le hace difícil **[ ]**  A veces **[ ]**  se le hace difícil muy seguido

¿Su hijo recibe servicios escolares especiales? **[ ]**  Sí **[ ]**  No

¿Si sí, qué programa y cuándo comenzaron los servicios?

A continuación, indique la escuela a la que asistió y describa el comportamiento académico de su hijo:

Preescolar / Guardería

La Primaria

La Secundaria

La Prepa