

TUCSON UNIFIED SCHOOL DISTRICT

Child Find - Oficina Preescolar de Educación Excepcional
 Centro comunitario para las familias
 5145 E. 5th Street
 Tucson, AZ 85711
 520 232-7035

Child Find - Historial de salud/desarrollo preescolar

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Etnicidad: _____
 Fecha de hoy: _____ Persona completando la forma: _____
 Firma: _____ Correo electrónico: _____
 Dirección: _____
 Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____
 Idioma principal que se habla en el hogar: _____ Idioma usado por el niño: _____

1. ¿Cuáles son sus principales preocupaciones sobre el desarrollo de su hijo(a)?

2. ¿Quién lo remitió a Child Find?

Yo mismo (padres) _____ Pediatra/otro proveedor médico _____ Coordinador de Servicios de AzEIP/DDD _____ Proveedor de Preescolar/Guardería _____ Head Start _____ Otro (enumere) _____

Información Familiar

3. ¿Con quién vive su hijo(a)? _____

4. ¿Es este niño(a): biológico? _____ adoptado _____ colocación temporal _____

Si es adoptado o de colocación temporal, ingrese la fecha de adopción/colocación: _____

5. Si es un niño(a) de colocación temporal, ¿quién tiene la custodia del niño(a)? DCS _____ Familiar _____ Entidad Tribal _____

6. Indique si algún miembro de la familia biológica inmediata del niño(a) (es decir, padres/hermanos) han experimentado alguno de los siguientes problemas de aprendizaje, conductuales, neurológicos u otros problemas de salud mental (marque todos los que aplican)

Condición	Miembro de la familia	Condición	Miembro de la familia
Autismo		Parálisis cerebral	
Impedimento en el Habla y Lenguaje		Impedimento auditivo	
Problemas de aprendizaje		Impedimento visual	
Discapacidad cognitiva		Síndrome de Tourette	
Trastorno convulsivo		Depresión	
Síndrome de Down		Esquizofrenia	
TDAH/TDA		Desorden obsesivo compulsivo	
Adicción a las Drogas/Alcohol		Trastorno de Integración Sensorial	
Otra (indique la condición)			

Antecedentes prenatales y de desarrollo temprano

7. EMBARAZO

En caso afirmativo, explicar:

¿Estaba la madre bajo el cuidado de un médico?	No	Si	_____
¿Enfermedades?	No	Si	_____
¿Medicamentos?	No	Si	_____
¿Toxemia/Preeclampsia?	No	Si	_____
¿Alta presión sanguínea?	No	Si	_____
¿Accidentes/lesiones maternas?	No	Si	_____
¿Usó tabaco?	No	Si	_____
¿Usó alcohol?	No	Si	_____
¿Usó drogas (recetadas y/o recreativas)?	No	Si	_____

8. NACIMIENTO/NEONATAL/INFANCIA

En caso afirmativo, explicar:

¿Prematuro(a) (temprano)?	No	Si	# de semanas _____
¿Hospitalización en la UCIN?	No	Si	# de días _____
¿Necesitó oxígeno?	No	Si	# de días _____
¿Otras complicaciones?	No	Si	_____
¿Diagnósticos médicos dados al nacer?	No	Si	_____
¿Problemas de alimentación?	No	Si	_____
¿Dificultades para subir de peso?	No	Si	_____
¿Falta de arrullos o balbuceos?	No	Si	_____
¿Falta de gesticulación?	No	Si	_____
¿Falta de contacto visual?	No	Si	_____
¿Problemas motores (por ejemplo, dificultad para sentarse, rodar, gatear, caminar, agarrar objetos)?	No	Si	_____
Otro (por favor describa)			_____

9. HITOS DE DESARROLLO (Marque N/A si aún no se han alcanzado)

	Años	Meses		Años	Meses
Sentarse solo(a)	_____	_____	2-3 palabras juntas	_____	_____
Gatear	_____	_____	Alimentarse usando utensilios	_____	_____
Caminar solo(a)	_____	_____	Vestirse solo(a)	_____	_____
Primeras palabras	_____	_____	Ir al baño	_____	_____

Salud/Historia médica

10. HOSPITALIZACIONES

En caso afirmativo, explicar:

¿Cirugías?	No	Si	_____
¿Enfermedades?	No	Si	_____
¿Su hijo(a) actualmente está tomando medicamentos?	No	Si	_____
En caso afirmativo, enumere los nombres y las dosis			_____

11. ENFERMEDADES Y LESIONES

En caso afirmativo, explicar:

¿Resfriados frecuentes?	No	Si	_____
¿Infecciones de oído frecuentes?	No	Si	_____
¿Tubos en los oídos?	No	Si	_____
¿Dolores de cabeza frecuentes?	No	Si	_____
¿Dolores de estómago frecuentes?	No	Si	_____
¿Fiebre alta?	No	Si	_____
¿Concusión?	No	Si	_____
¿Otra lesión en la cabeza?	No	Si	_____
¿Pérdida de consciencia?	No	Si	_____
¿Fracturas de hueso?	No	Si	_____
¿Otras enfermedades/lesiones/accidentes? Por favor explique:			

12. PROBLEMAS CRÓNICOS DE SALUD

En caso afirmativo, explicar:

¿Alergias?	No	Si	_____
¿Asma?	No	Si	_____
¿Convulsiones?	No	Si	_____
¿Problemas de corazón?	No	Si	_____
¿Problemas de riñón?	No	Si	_____
¿Problemas de alimentación?	No	Si	_____
¿Problemas de la vista?	No	Si	_____
¿Problemas auditivos?	No	Si	_____
¿Hiperactividad?	No	Si	_____
¿Diabetes?	No	Si	_____
¿Otros problemas de salud? Explique: _____			

Información educativa/conductual**13. ¿Recibe su hijo(a) actualmente o ha recibido algún servicio o terapia?** (marque todo lo que corresponda)

Terapia	Servicios a través de - nombre del proveedor	Edad en que recibió el servicio
Habla/Lenguaje		
Terapia Ocupacional		
Terapia Física		
AzEIP		
Comportamiento		
Otro		

14. ¿Su hijo(a) ha tenido alguna vez una evaluación psicológica, neuropsicológica o neurológica? No Si

Si es afirmativo, cuándo: _____

Nombre del proveedor: _____

Motivo de la evaluación: _____

15. ¿Su hijo actualmente asiste a una guardería o preescolar?

No Si

Horas por semana _____ Nombre de la escuela _____

Nombre del maestro/proveedor _____

16. Cuando su hijo(a) está molesto o frustrado, el/ella: (marque todo lo que corresponda)

Llora Golpea Grita Muerde Patea Rasguña Corre Se esconde Otro _____

17. ¿Es su hijo(a) demasiado sensible a: (marque todo lo que corresponda)

Sonidos Luces Texturas Tacto Grupos grandes Otro _____

18. ¿Su hijo(a) usa lentes, audífonos o algún otro equipo de asistencia? _____

19. Indique si su hijo(a) hace lo siguiente:

Habilidades adaptativas	No	Si	Explique
Puede ponerse o quitarse la ropa			
Entrenado(a) para ir al baño			
Come con tenedor/cuchara			
Bebe de una taza o vaso			
Habilidades socioemocionales			
Juega con otros			
Hace contacto visual			
Comparte juguetes/materiales con otros			
Es impulsivo(a), carece de autocontrol			
Está hiperactivo(a)/sobre estimulado(a) durante el juego			
Tiene dificultad para poner atención/se distrae			
Pelea o es agresivo(a) hacia los demás			
Prefiere jugar solo(a)			
Tiene frecuentes berrinches			
Es receloso(a) con situaciones o personas nuevas			
A menudo no cumple con las instrucciones de los adultos			
Habilidades de comunicación			
Tiene dificultades para hablar			
Tiene dificultad para usar el lenguaje para comunicarse con adultos/compañeros			
Tiene dificultad para entender/seguir instrucciones			
Habilidades cognitivas			
Conoce formas/colores			
Puede contar 1-5 o más			
Aprende letras/números			
Habilidades físicas			
Sube al equipo de juegos			
Puede dibujar líneas/círculos			

20. ¿Cómo se comunica su hijo(a)? (marque todo lo que corresponda)

Señalando Jalando/Empujando Gestos/Señales Hace sonidos Palabras/Frases

21. Proporcione cualquier comentario adicional que considere que puede ser útil para el equipo de evaluación.
