

Personalidad: Marque lo que mejor describa a su hijo o hija en sus **primeros cinco años.**

Nivel de actividad: ¿Que tan activo es o fue?

<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Baja
<input type="checkbox"/> siempre en movimiento <input type="checkbox"/> no podía quedarse quieto <input type="checkbox"/> inquieto <input type="checkbox"/> otro:	<input type="checkbox"/> activo <input type="checkbox"/> se movía tanto como otros niños <input type="checkbox"/> otro:	<input type="checkbox"/> calmado <input type="checkbox"/> se movía muy poco <input type="checkbox"/> podía sentarse por largo tiempo <input type="checkbox"/> otro:

Persistencia: ¿Cómo es o era su el empeño que le ponía a las cosas?

<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Baja
<input type="checkbox"/> continúa trabajando cuando se siente frustrado <input type="checkbox"/> se niega a aceptar un "no" <input type="checkbox"/> otro:	<input type="checkbox"/> Entre alta y baja	<input type="checkbox"/> se frustra con facilidad <input type="checkbox"/> se rinde fácilmente <input type="checkbox"/> acepta "no" con facilidad <input type="checkbox"/> otro:

Adaptabilidad: ¿Cómo son o eran sus reacciones a los cambios?

<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Baja
<input type="checkbox"/> se adapta bien al cambio <input type="checkbox"/> cambia fácilmente las actividades <input type="checkbox"/> toma siestas/va a la cama con facilidad <input type="checkbox"/> esta interesado en muchas cosas <input type="checkbox"/> otro:	<input type="checkbox"/> Entre alta y baja	<input type="checkbox"/> se molesta con cambios en la rutina <input type="checkbox"/> cambia actividades con gran dificultad <input type="checkbox"/> toma siestas/va a la cama con dificultad <input type="checkbox"/> tiene pocos intereses, pero muy centrado en ellos <input type="checkbox"/> otro:

Sensibilidad: ¿Qué tan sensible es o era a lo que veía, a los sonidos, a las texturas, y al movimiento?

<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Baja
<input type="checkbox"/> no le gusta ser tocado o sostenido <input type="checkbox"/> se sobresalta o molesta por sonidos fuertes <input type="checkbox"/> no le gustan juegos que implican movimiento (dando vueltas, meciéndose, etc.) <input type="checkbox"/> quejumbroso porque le picaba o no sentía bien la ropa <input type="checkbox"/> exigente con la comida - preocupado por la textura de alimentos o especias <input type="checkbox"/> otro:	<input type="checkbox"/> Entre alta y baja	<input type="checkbox"/> tierno, busca ser acariciado <input type="checkbox"/> no le molestan los sonidos fuertes <input type="checkbox"/> juegos preferidos relacionados con movimiento (dando vueltas, meciéndose, etc) <input type="checkbox"/> ninguna dificultad con la ropa <input type="checkbox"/> come lo que los adultos comen <input type="checkbox"/> otro:

Intensidad: ¿Qué tan fuerte reacciona o reaccionaba emocionalmente?

<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Baja
<input type="checkbox"/> molesto <input type="checkbox"/> frecuentes rabietas <input type="checkbox"/> la molestia dura más de lo esperado <input type="checkbox"/> muy dramático <input type="checkbox"/> otro:	<input type="checkbox"/> Entre alta y baja	<input type="checkbox"/> calmado <input type="checkbox"/> fácilmente consolado <input type="checkbox"/> supera la molestia rápidamente <input type="checkbox"/> se tranquiliza solo fácilmente <input type="checkbox"/> otro:

Respuesta con quien lo cuidaba: ¿Cómo responde o respondía?

<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Baja
<input type="checkbox"/> curioso / feliz <input type="checkbox"/> ávido de interacción con el cuidador <input type="checkbox"/> molesto cuando quien lo cuidaba se iba <input type="checkbox"/> seguía las indicaciones fácilmente <input type="checkbox"/> otro:	<input type="checkbox"/> Entre alta y baja	<input type="checkbox"/> rígida/evitaba la mirada <input type="checkbox"/> no estaba interesado en interactuar / jugar o muy distante <input type="checkbox"/> más interesado en cosas que personas <input type="checkbox"/> se negaba a escuchar o seguir las reglas <input type="checkbox"/> otro:

Independencia: ¿Qué tan bien juega o trabaja el solo?

<input type="checkbox"/> Alta	<input type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Baja
<input type="checkbox"/> curioso / le gustaba explorar <input type="checkbox"/> capaz de entretenerse solo <input type="checkbox"/> otro:	<input type="checkbox"/> Entre alta y baja	<input type="checkbox"/> tímido o no dispuesto a probar cosas nuevas <input type="checkbox"/> necesitaba atención constante <input type="checkbox"/> otro:

¿Tiene alguna preocupación acerca de la conducta de su niño o de su desarrollo? _____

Firma del Personal: _____ Fecha: _____

Nombre del Niño: _____ Numero de Cliente: _____

Cuestionario de la Historia del Desarrollo

Por favor, complete a la medida de lo posible

Embarazo:

Edad de la madre cuando el niño o niña nació: _____

Actitud general de la madre hacia el embarazo: _____

Actitud general del Padre hacia el embarazo: _____

¿Tuvo problemas o conflictos familiares o de pareja durante el embarazo? En caso de ser así, describa por favor. _____

Estado general de salud de la madre durante el embarazo: _____

¿Tuvo la madre atención prenatal de un médico? _____

¿Uso la madre cualquiera de lo siguiente durante el embarazo? alcohol tabaco marihuana
 cocaína heroína medicamentos psiquiátricos medicinas para convulsiones

Metanfetamina antibióticos medicamentos para dormir

En caso de ser así, describa la cantidad, frecuencia y en qué momento del embarazo se utilizaron las sustancias: _____

¿Hubo otras inquietudes o problemas con el embarazo? _____

Nacimiento fue:

A término (9 meses) prematuro (¿En que mes? _____) Hubo retraso (¿Qué tan tarde? _____)

El parto fue: normal/vaginal inducido Cesárea planificada

Cesárea de emergencia debido a _____ ¿Cuánto tiempo duró el trabajo de parto? _____

¿Hubo complicaciones con el parto? _____

¿Tuvo el bebé lo siguiente?: envuelto en el cordón falta de oxígeno examen positivo de drogas

Otra lesión o problema _____

Peso del bebé al nacer: _____ Cuanto midió: _____

¿Cuánto tiempo duró la madre en el hospital? _____ ¿Cuánto tiempo duró el bebé en el hospital? _____

¿Con quién se fue el bebé a casa al salir del hospital? _____

¿El bebé tuvo problemas de alimentación (alergias, dificultad para retener los alimentos, cólicos, etc)? _____

Si fue así, describa por favor: _____

¿El bebé tuvo problemas de sueño o problemas de horario? _____

Si fue así, describa por favor: _____

¿Tiene el niño todavía problemas de sueño o de horario? Si fue así, describa por favor: _____

Desarrollo Físico:

¿A qué edad comienzo a? Gatear _____ Caminar _____ Balbucear _____ Palabras _____

Frases _____ Oraciones _____ Ir al baño solo _____ Orinar (1): _____ Excretar (2): _____

Comentarios: _____

¿Alguna vez el niño ha sido evaluado por el Centro Regional de los Tres Condados? _____

Si fue así, describa por favor: _____

Preescolar: Si tiene edad suficiente, el niño asistió a: preescolar Head Start Centro de Desarrollo Infantil

Otro: ¿Si fue así, dónde, por cuánto tiempo, y cómo le fue al niño? _____

Si esta en la escuela ahora, ¿el niño parece listo para comenzar el kindergarten? _____

Si no, por favor describa que le preocupa: _____

Social: ¿Puede su niño hacer amigos con facilidad? _____ Si no, por favor describa que le preocupa: _____

¿Su hijo conserva amigos por mucho tiempo? _____ Si no, por favor describa que le preocupa _____

¿Tiene alguna preocupación acerca de las habilidades sociales del niño o de sus amistades? _____

Nombre del Niño: _____ Numero de Cliente: _____