

**Cuestionario de Historia del Niño**  
Clínica de Pediatría de Desarrollo Conductual  
Children's Medical Center Dallas

Por favor imprime y llena esta forma completamente. La puede mandar por fax al (214) 867-5461, atención DBP Clinic. Si tiene cualquier pregunta, llámanos al (214) 456-5558.

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estimados padres, representante legal:

Les pedimos que por favor completen este cuestionario con la mayor información posible antes de su cita. La información sobre el nacimiento, antecedentes médicos de temprana edad, educación escolar y problemas médicos del niño nos ayudarán a entender mejor las preguntas y preocupaciones que afectan al niño y a la familia. Dependiendo de la edad del niño, algunas preguntas no son pertinentes. Muchas gracias por su tiempo.

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Fecha de la cita: \_\_\_\_\_

Sexo del niño:  Masculino  Femenino

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Nombre de la madrastra: \_\_\_\_\_ Nombre del padrastro: \_\_\_\_\_

Nombre del representante legal (si es diferente de los mencionados)

\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código postal Condado

Número de teléfonos:

Madre, # de casa: \_\_\_\_\_

Padre, # de casa: \_\_\_\_\_

Madre, # de celular: \_\_\_\_\_

Padre, # de celular: \_\_\_\_\_

Madre, # en el trabajo: \_\_\_\_\_

Padre, # en el trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que completa el formulario: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente (padres, representante legal, padres sustitutos) \_\_\_\_\_

Pediatra del niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Anote el nombre, especialidad, hospital o institución médica y dirección de cualquier otro médico que actualmente atienda al niño:

Nombre del médico    Especialidad    Hospital, Programa    Dirección

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

### **Antecedentes culturales:**

¿Cuál es la mejor descripción del niño? (marque lo que corresponda)

Blanco, origen no Hispano	<input type="checkbox"/>
Afro-Americano o Negro, origen no Hispano	<input type="checkbox"/>
Hispano	<input type="checkbox"/>
Indio nativo Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/>
Asiático, Americano asiático, Nativo de las Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>

¿Cuál es la mejor descripción del padre del niño? (marque lo que corresponda)

Blanco, origen no Hispano	<input type="checkbox"/>
Afro-Americano o Negro, origen no Hispano	<input type="checkbox"/>
Hispano	<input type="checkbox"/>
Indio nativo Americano, Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/>
Asiático, Asiático- Americano, Nativo de las Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>

¿Cuál es la mejor descripción de la madre del niño? (marque lo que corresponda)

Blanco, origen no Hispano	<input type="checkbox"/>
Afro-Americano o Negro, origen no Hispano	<input type="checkbox"/>
Hispano	<input type="checkbox"/>
Indio nativo Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/>
Asiático, Asiático- Americano o native de las Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>

Idioma predominante en la casa:

Inglés	
Español	
Otro	

¿Idioma que mejor habla el niño, ¿qué idioma prefiere hablar el niño?

Inglés	
Español	
Otro	

¿En la casa hablan otro idioma?  no  sí

¿Cuál?: \_\_\_\_\_

**Descripción del estado del niño: (Por favor sea BIEN ESPECÍFICO):**

1. ¿Quién refirió el niño a la clínica? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Motivo de la referencia a esta clínica: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Describa los problemas que están afectando a su niño y a la familia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. ¿Cuándo se dio cuenta de la existencia del problema? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. ¿Qué cree usted que ayuda con el problema? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. ¿Qué empeora el problema? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Desde la primera vez que usted se dio cuenta del problema, ¿ha observado cambios? Si es afirmativo, explique.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Con anterioridad, al niño lo han evaluado o ha recibido tratamiento debido al problema?  no  sí

A. ¿Cuándo y con quién? **Agregue copias de las evaluaciones previas, incluso evaluaciones de la escuela (MET's o IEP's)** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. ¿Existe alguna preocupación de parte suya o de la escuela sobre el comportamiento del niño?  sí  no  
Explique (por ejemplo, ¿cuáles son y cuándo comenzaron estos problemas?)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. ¿Qué espera aprender o qué beneficios espera obtener de esta visita?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. ¿Cómo cree usted que nosotros podemos ayudar con el problema? \_\_\_\_\_

12. Anote las habilidades del niño: \_\_\_\_\_

### **Antecedentes familiares:**

**Nombre de la madre:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

Nivel más alto de educación, finalizado:

Primaria (grados 1-8)		Algunos cursos de universidad	
Preparatoria, sin graduarse		Graduado de universidad	
Preparatoria, finalizada		Nivel de post-graduado	
Capacitación no universitaria después de la preparatoria			

Trabajo: \_\_\_\_\_

Lugar de empleo: \_\_\_\_\_

**Nombre del padre:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

Nivel más alto de educación, finalizado:

Primaria (1-8))		Algunos cursos de universidad	
Preparatoria, sin graduarse		Graduado de universidad	
Preparatoria, finalizada		Nivel de post-graduado	
Capacitación no universitaria después de la preparatoria.			

Trabajo: \_\_\_\_\_

Lugar de empleo: \_\_\_\_\_

**Padres sustitutos (si corresponde):** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

Nivel más alto de educación, finalizado:

Primaria (grados 1-8)		Algunos cursos de universidad	
Preparatoria, sin graduarse		Graduado de universidad	
Preparatoria, finalizada		Nivel de post-graduado	
Capacitación no universitaria después de la preparatoria			

Trabajo: \_\_\_\_\_

Lugar de empleo: \_\_\_\_\_

Los padres están:

Casados  sí  no      Fecha: \_\_\_\_\_  
Separados  sí  no      Fecha: \_\_\_\_\_  
Divorciados  sí  no      Fecha: \_\_\_\_\_

**Antecedentes familiares (continuación):**

No casados  sí  no Fecha: \_\_\_\_\_  
Viudo  sí  no Fecha: \_\_\_\_\_

- Si los padres están divorciados, quién tiene la custodia legal? Madre Padre Juntos Otro
- Si es otro, especifique: \_\_\_\_\_
- Si los padres están separados o divorciados, ¿existe algún desacuerdo en relación a los servicios médicos que el niño podría recibir a través de nuestro departamento?  sí  no
- Si los padres están separados o divorciados, ¿existe un plan de paternidad compartida ordenada por un tribunal que determine los derechos de los padres sobre la atención médica del niño?  sí  no
- ¿Espera presentar esta evaluación en los tribunales?  sí  no

• ***Agradecemos entregue documentación relacionada con la custodia; sin ella podríamos no poder evaluar al niño.***

- Si los padres están separados o divorciados, ¿con que frecuencia el niño visita al padre o a la madre con quién no vive?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ¿El niño es hijo de adopción temporal?  sí  no
- ¿El niño es adoptado?  sí  no

Si es afirmativo, proporcione toda la información posible acerca de los padres biológicos:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Si es hijo de adopción temporal o adoptado, ¿hace cuánto tiempo que vive con usted? \_\_\_\_\_
- Si es hijo de adopción temporal o adoptado, ¿él está al tanto de su origen o estado?  
 sí  no

- ¿Quiénes residen en la casa en este momento? (Incluya a todos los miembros de la familia).

Nombre	Edad	Relación con el niño
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Antecedentes familiares (continuación):**

- Miembros de la familia que no residen en la casa (por ejemplo, padres biológicos, hermanos, hermanas).

Nombre	Edad	Relación con el niño
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- ¿En los últimos 3 años, cuántas veces el niño ha cambiado de residencia? \_\_\_\_\_

- Durante los últimos 12 años, la familia ha experimentado alguna de las siguientes situaciones:

Quién (relación con el niño)

Muerte de algún miembro de la familia	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	_____
Enfermedad grave	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	_____
Desempleo	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	_____
Problemas matrimoniales	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	_____
Problemas psiquiátricos	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	_____
Problemas con alcohol o drogas	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	_____
Problemas legales	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	_____
Cambio de residencia en los últimos 3 años	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	_____

- Algún miembro de la familia ha tenido lo siguiente:

¿Cuál miembro de la familia?

• Problema del habla o lenguaje	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	_____
• Repetición de curso	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	_____
• Retardo mental	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	_____
• Trastorno por déficit atencional e hiperactividad	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	_____
• Autismo	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	_____
• Problemas de aprendizaje	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	_____
• Problemas genético	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	_____
• Suicidio o intento de suicidio	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	_____
• Depresión	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	_____
• Ansiedad	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	_____
• Diagnosticado como de maníaco-depresivo	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	_____
• Convulsiones (ataques)	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	_____
• Enfermedades o trastornos neurológicos,	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	_____
• Otros problemas de salud	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	_____

- Anote el nombre del miembro de la familia que es zurdo o ambidiestro (uso de las dos manos):

1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_

## Antecedentes médicos:

### A. Embarazo y parto: esta sección la debe completar la madre del niño preferentemente:

¿Embarazo de cuántas semanas? \_\_\_\_\_

¿Obtuvo atención prenatal con regularidad?  sí  no

Edad de la madre al nacimiento del niño: \_\_\_\_\_

Peso del niño al nacer: \_\_\_\_\_

El parto fue:  vaginal  cesárea

¿Se usó fórceps?  sí  no

¿El parto fue difícil?  sí  no

¿Parto de presentación podálica?  sí  no

Duración del parto \_\_\_\_\_

Problemas en el parto:  sí  no

(Si es afirmativo, explique. Por ejemplo, cesárea de emergencia, ritmo cardíaco lento, fiebre, cordón umbilical alrededor del cuello) \_\_\_\_\_

Cuál fue el índice de Apgar? @ 1 minuto \_\_\_\_\_ 5 minutos \_\_\_\_\_ 10 minutos \_\_\_\_\_

### B. Salud de la madre biológica durante el embarazo:

La madre experimentó alguno de estos síntomas durante el embarazo?

Sangrado  sí  no

Aumento de 30 libras o más  sí  no

¿Toxemia o presión alta?  sí  no

¿Le recetaron medicamento con receta?  sí  no

¿Cuál? \_\_\_\_\_

Enfermedad de gravedad o lesión  sí  no

Uso de alcohol  sí  no

Uso de drogas ilegales  sí  no

Fumó cigarrillos  sí  no

Tuvo fiebre, erupción cutánea u otra enfermedad?  sí  no

¿Le sacaron radiografías?  sí  no

Diabetes  sí  no

Otro  sí  no

### C. Salud del bebé al momento del parto:

Problemas para respirar  sí  no

Cianosis (color azul)  sí  no

Necesitó oxígeno  sí  no

Ictericia (color amarillento)  sí  no

Recibió fototerapia  sí  no

Hospitalización durante más de 7 días después de nacer  sí  no

¿Por qué? \_\_\_\_\_

Anomalías de nacimiento  sí  no

Temblores  sí  no

El bebé ¿necesitó algún cuidado especial después del nacimiento?  sí  no

### **Antecedentes médicos (continuación):**

(Explique; por ejemplo, transfusión de sangre, oxígeno, incubadora, medicamentos, etc...).

---

---

#### **D. Antecedentes de salud**

¿El niño experimentó lo siguiente en el primer mes de vida?

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Infecciones                                      | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| Arcadas, ahogos, o vómitos frecuentes            | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| Dificultad para succionar                        | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| Problemas de alimentación                        | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |
| Hospitalizaciones durante el primer mes de vida? | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no |

Si contestó afirmativo a alguna de las preguntas, explique: \_\_\_\_\_

---

---

---

Hospitalizaciones después del mes de vida:

Fecha	Razón	Duración de la hospitalización

Después del primer mes de vida, ¿el bebé presentó alguna de estos problemas? Marque el casillero si es afirmativo.

Problemas del habla	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal frecuente	<input type="checkbox"/>	Enfermedad después de la vacunación	<input type="checkbox"/>
Problemas en los ojos o visión	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza fuertes o frecuentes	<input type="checkbox"/>	Envenenamiento por plomo	<input type="checkbox"/>
Problemas de lenguaje	<input type="checkbox"/>	Infecciones crónicas en los oídos	<input type="checkbox"/>	Envenenamiento o sobredosis	<input type="checkbox"/>
Problemas de audición	<input type="checkbox"/>	Neumonía	<input type="checkbox"/>	Problemas al corazón o presión arterial	<input type="checkbox"/>
Problemas de motricidad fina (escritura)	<input type="checkbox"/>	Meningitis	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>
Problemas de motricidad gruesa (torpeza)	<input type="checkbox"/>	Problemas de los riñones	<input type="checkbox"/>	Convulsiones (“ataques”)	<input type="checkbox"/>
Problemas con el apetito o la alimentación	<input type="checkbox"/>	Huesos rotos	<input type="checkbox"/>	Lesiones a la cabeza (pérdida de conocimiento)	<input type="checkbox"/>
Alergia alimenticia	<input type="checkbox"/>	Cirugías (operaciones)	<input type="checkbox"/>	Sueño (mucho o poco)	<input type="checkbox"/>
Other allergies	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

### **Antecedentes médicos (continuación):**

**Explique más abajo** (por ejemplo, explique alguna cirugía, qué tipo y edad del niño)

- ¿El niño toma algún medicamento regularmente?  sí  no

Medicamentos \_\_\_\_\_

Enfermedad tratada \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

### **Antecedentes del desarrollo:**

- A qué edad el niño hizo lo siguiente:

Sentarse sin ayuda		Decir palabras solas con significado	
Gatear		Juntar dos o más palabras	
Pararse estirándose		Combinar tres o más palabras	
Pararse sin ayuda		Usa frases	
Caminar en forma independiente		Se comunica mediante gestos	
Caminar sin ayuda		Usa gestos con palabras	
Sube y baja escaleras		Usa frases	
		Prefiere el uso de una mano	
		¿Cuál mano?	

**Si el niño tiene 5 años, o menor:**

- ¿Cuántas palabras contiene el vocabulario del niño? \_\_\_\_\_
- ¿Cuánto entiende el niño de lo que escucha? \_\_\_\_\_
- ¿Cuántos pasos de una serie (instrucciones) puede seguir el niño? \_\_\_\_\_
  
- Comparado con otros niños, ¿cree usted que su niño es **más lento..?**
- ¿Para hablar?  sí  no
- ¿Para entender lo que otras personas hablan?  sí  no
- ¿Para construir con bloques, jugar con rompecabezas, dibujar?  sí  no
- Destrezas del sistema motor grueso (caminar, saltar, andar en bicicleta, etc.)  sí  no
- Destrezas del sistema motor fino (abrochar botones, cierres, dibujar,) etc.  sí  no
- Conocimientos de enseñanza temprana (nombre de colores, el alfabeto, etc.)  sí  no
- ¿Jugar o socializar con otros niños?  sí  no
  
- ¿En la etapa de bebé, su niño era irritable?  sí  no
- ¿Tenía dificultad para despertarse, dormía mucho?  sí  no
- ¿No reaccionaba a los abrazos o caricias?  sí  no
  
- Al niño ¿le costaban las separaciones?  sí  no
- ¿A qué edad? \_\_\_\_\_
  
- \_\_\_\_\_

## **Antecedentes del desarrollo (continuación):**

- ¿El niño va al baño solo?  sí  no  
¿Desde qué edad? \_\_\_\_\_
- Su hijo tiene accidentes **durante** el día (referente al baño)?  sí  no  
¿Qué tan seguido? \_\_\_\_\_
- Su hijo tiene accidentes **durante** la noche?  sí  no  
¿Qué tan seguido? \_\_\_\_\_
- ¿El niño tiene dificultad para dormir?  sí  no  
(por ejemplo, dificultad para irse a la cama, quedarse o mantenerse dormido)
- Describa: \_\_\_\_\_
- ¿El niño tiene problemas para comer?  sí  no  
Describa: \_\_\_\_\_
- El niño tiene la oportunidad de jugar con compañeros de su misma edad?  sí  no
- ¿Qué tipo de juguetes o actividades disfruta el niño? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **Antecedentes escolares:**

- ¿El niño asistió a una escuela pre-escolar?  sí  no  
¿A qué edad comenzó a ir al pre-escolar? : \_\_\_\_\_ Escuela:: \_\_\_\_\_  
Identificación de problemas en la escuela pre-escolar : \_\_\_\_\_
- El niño asistió a un pre-escolar de cuidados especiales?  sí  no  
Edad que comenzó a asistir al pre-escolar: \_\_\_\_\_  
Escuela: \_\_\_\_\_
- *Agradecemos copia de la evaluación multidisciplinaria de la institución pre-escolar.*
- Edad que comenzó el Kindergarten: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_
- Identificación de problemas en Kindergarten: \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez el niño ha repetido algún grado escolar?  sí  no  
Si es afirmativo, ¿qué grado? \_\_\_\_\_
- ¿El niño ha cambiado frecuentemente de escuelas?  sí  no  
Si es afirmativo, ¿cuántas escuelas? \_\_\_\_\_
- Grado que cursa actualmente : \_\_\_\_\_
- Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Antecedentes escolares (continuación):**

- Su hijo recibió o recibe actualmente alguno de los siguientes servicios?:

**Agregue copias de todas la evaluaciones hechas en los últimos 5 años, por ejemplo, de terapia del habla, ocupacional o física, evaluación psico-educacional, neuropsicológica , etc..**

			Edad o grados
Terapia del habla, lenguaje	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	_____
Terapia física	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	_____
Terapia ocupacional	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	_____
Tutor para problemas de aprendizaje	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	_____
Consejería	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	_____
Otro, describa _____			_____

¿Su hijo alguna vez asistió a un programa educacional especial?

**Agregue copias de todas las evaluaciones**

			Edad o grados
Pre-escolar de desarrollo	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	_____
Discapacidad emocional	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	_____
Discapacidad mental, retardo	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	_____
Cuarto de recurso para problemas de aprendizaje	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	_____
Discapacidades múltiples	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	_____
Discapacidad auditiva	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	_____
Discapacidad visual	<input type="checkbox"/> sí	<input type="checkbox"/> no	_____

Si el niño tiene 5 años de edad o mayor y asiste a la escuela, indique el progreso del niño en estas áreas:

	Problema grave	Por debajo del promedio	Promedio	Excelente
<b>Lectura</b>				
<b>Deletreo</b>				
<b>Matemáticas</b>				
<b>Escritura</b>				
<b>Comportamiento</b>				
<b>Atletismo</b>				
<b>Asistencia</b>				
<b>Aspecto social, amistades</b>				
<b>Entrega de tareas</b>				

Si corresponde, el niño recibe educación vocacional de algún tipo?

- sí       no       no corresponde

**Áreas problemáticas del niño:**

¿Su hijo presenta lo siguiente?

- \_\_\_\_\_ Rabieta o berrinches (tirar cosas, gritos, se golpea la cabeza en objetos)
- \_\_\_\_\_ Dificultad para comenzar tareas
- \_\_\_\_\_ Dificultad para terminar tareas
- \_\_\_\_\_ Impulsividad; actúa sin pensar
- \_\_\_\_\_ Temperamento explosivo

## Áreas problemáticas del niño (continuación):

- Tolerancia baja a la frustración
- Dificultad para jugar silenciosamente
- Habla excesivamente
- Pierde objetos
- No escucha
- Se involucra en comportamiento peligroso
- No aprende de experiencias pasadas
- Mala memoria
- Prefiere jugar solo
- Contacto ocular pobre
- Contesta cuando llaman su nombre
- Discute con adultos
- Enojo
- Perfeccionista o insistente acerca de ciertas cosas
- Dificultad con cambios o rutinas
- Dificultad para hacer transiciones de un ambiente a otro o de una actividad a otra.
- Sensibilidad a los ruidos (¿su hijo reacciona en forma negativa a ruidos inesperados o fuertes, por ejemplo, ¿llora o se esconde con el ruido de la aspiradora, el ladrido del perro, el secador de pelo?)
- ¿Le cuesta al niño concentrarse si existe mucho ruido a su alrededor?
- Sensibilidad al tacto (¿su niño muestra señales de angustia durante el aseo personal? por ejemplo, lucha o llora si lo peinan, le lavan la cara o le lavan los dientes?)
- Su hijo es mañoso para comer (por ejemplo, no prueba texturas nuevas, no come debido a olores diferentes, etc)?
- Le interesa más los objetos que las personas
- Dificultad para esperar su turno
- ¿El niño es inquieto, no se sienta tranquilo, tanto que interfiere con la rutina diaria?.
- Cambia de una actividad incompleta a otra.
- Pesadillas
- Intranquilo o hiperactivo; más entrometido que otros niños de su edad
- Descuidado, dificultad para concentrarse,
- Comportamiento distraído
- Preocupación de que el niño se escape de la casa
- Preocupación o dificultad con la alimentación, vestimenta, cuidado personal, etc...
- Mala relación con otros miembros de la familia
- Aparece deprimido
- Auto estima bajo
- Se aburre con facilidad
- Se ve ansioso o nervioso
- Problemas pertinentes de dolor
- Antecedentes de abuso (sexual o físico)
- Antecedentes legales en los tribunales
- Dificultad para hacer o mantener amigos
- Actúa en forma más infantil en situaciones sociales
- Otros problemas no mencionados \_\_\_\_\_

¿Su niño ha consultado al psicólogo, psiquiatra o consejero?

sí     no

Si es afirmativo, ¿a qué edad? \_\_\_\_\_

## Áreas problemáticas del niño (continuación):

¿Cuánto duró el tratamiento? \_\_\_\_\_

Indique si al niño alguna vez le diagnosticaron estos problemas, aproximadamente a qué edad fue diagnosticado y quién hizo el diagnóstico (por ejemplo, el pediatra, psiquiatra, etc)).

- |                            |                             |                             |            |             |
|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------|-------------|
| • DDA,DA,HA                | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no | Edad _____ | Quién _____ |
| • Problema de aprendizaje  | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no | Edad _____ | Quién _____ |
| • Depresión                | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no | Edad _____ | Quién _____ |
| • Ansiedad                 | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no | Edad _____ | Quién _____ |
| • Autismo/ Asperger's      | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no | Edad _____ | Quién _____ |
| • Otros problemas mentales | <input type="checkbox"/> sí | <input type="checkbox"/> no | Edad _____ | Quién _____ |

Especifique el problema: \_\_\_\_\_

## Disciplina:

Indique cómo disciplina al niño en la casa:

- |  |       |                               |       |
|--|-------|-------------------------------|-------|
| Le ordena pausas                                       | _____ | Habla con él                  | _____ |
| Retira cosas   | _____ | Le grita                      | _____ |
| Le da palmadas   | _____ | Ignora el problema            | _____ |
| Lo castiga   | _____ | Le da tareas extra en la casa | _____ |
| Alabanzas, recompensas, premio por buen comportamiento | _____ |                               | _____ |

Comente la eficiencia del método que usa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué es lo que lo que disfruta más al criar al niño ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Que es lo más difícil en la crianza del niño? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Información adicional:

Agradecemos agregue cualquier información que usted considera podría ayudar a entender mejor al niño.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Agradecemos el tiempo que dedicó para llenar este formulario. Aproximadamente una semana antes de la cita del niño, envíe el cuestionario por correo junto con informes y documentación, incluyendo evaluaciones previas, IEP, etc...**

**Nos da mucho gusto tener la oportunidad de conocerlo a usted y al niño.**