



# Burke Basic School

131 E. Southern Ave, Mesa, AZ 85210  
Teléfono (480) 964-4602  
Fax (480) 964-6566

## Información de Historial Médica, Social, y del Desarrollo

Las siguientes preguntas se refieren al desarrollo y funcionamiento de su hijo dentro de su familia. Sus respuestas nos proporcionarán información como parte de la evaluación integral. Esto será útil para entender los factores, que han tenido una influencia en el crecimiento y el logro de su hijo en la escuela. Gracias por su cooperación en la realización de este formulario.

### Información del estudiante

Nombre completo del niño: \_\_\_\_\_ Género: M F DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Etnia: \_\_\_\_\_ Grado: K 1 2 3 4 5 6

Domicilio: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Círculo Uno: Hogar Movíl Otro

Idioma utilizado en el hogar: \_\_\_\_\_ Idioma hablado por el estudiante: \_\_\_\_\_

Formulario completado por:  Madre  Padre Otro:  \_\_\_\_\_

### Miembros del hogar:

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Relación con el estudiante</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### HISTORIA PRENATAL

2. ¿La madre visitó al médico regularmente durante el embarazo? Y N  
Con qué frecuencia: \_\_\_\_\_

3. ¿Hubo alguna dificultad durante el embarazo? Y N  
En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

4. ¿La madre tomó algún medicamento y/o medicamento durante el embarazo? Y N  
En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

5. ¿La madre fumaba durante el embarazo? Y N  
En caso afirmativo, ¿cuánto? \_\_\_\_\_

6. ¿La madre consumió alcohol durante el embarazo? Y N  
En caso afirmativo, ¿cuánto? \_\_\_\_\_

7. ¿Hubo alguna dificultad durante el parto? Y N  
 ¿La duración del trabajo de parto: \_\_\_\_\_ ¿Prematura el trabajo de parto? Y N  
 Tipo de nacimiento: Cesárian o Vaginal ¿Trauma a bebé? Y N  
 Peso al nacer: \_\_\_\_\_ lbs \_\_\_ ozs. ¿Trauma a la madre? Y N

8. ¿Hubo alguna dificultad durante la infancia? Y N  
 En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

**HISTORIA DEL DESARROLLO**

9. ¿Cuándo comenzó su hijo lo siguiente:

Sentado sin soporte	<input type="checkbox"/> Antes 5 meses	<input type="checkbox"/> 5-8 meses	<input type="checkbox"/> Después 8 meses
Rastreo	<input type="checkbox"/> Antes 6 meses	<input type="checkbox"/> 6-9 meses	<input type="checkbox"/> Después 9 meses
Caminar sin ayuda	<input type="checkbox"/> Antes 10 meses	<input type="checkbox"/> 10-18 meses	<input type="checkbox"/> Después 18 meses
Primera palabra	<input type="checkbox"/> Antes 10 meses	<input type="checkbox"/> 10-16 meses	<input type="checkbox"/> Después 16 meses
Hablando en oraciones	<input type="checkbox"/> Antes 15 meses	<input type="checkbox"/> 15-36 meses	<input type="checkbox"/> Después 36 meses
Entrenado para baño	<input type="checkbox"/> Antes 24 meses	<input type="checkbox"/> 24-40 meses	<input type="checkbox"/> Después 40 meses

**HISTORIA MÉDICA**

10. ¿Ha tenido su hijo alguno de los siguientes (si es así, indique cuándo y qué ocurrió):

<i>Infecciones crónicas del oído:</i> Y N	<i>Resfriados o infecciones frecuentes:</i> Y N
<i>Tubos en los oídos:</i> Y N	<i>Enfermedades inusuales:</i> Y N
<i>Problemas auditivos:</i> Y N	<i>Accidentes graves:</i> Y N
<i>Cirugía / Hospitalizaciones:</i> Y N	<i>Seizures / convulsiones:</i> Y N
<i>Enfermedades respiratorias:</i> Y N	<i>Alergias:</i> Y N
<i>Fiebre alta:</i> Y N	<i>Asma:</i> Y N
<i>Problemas de visión:</i> Y N	<i>Anteojos:</i> Y N
<i>Visitas dentales regulares:</i> Y N	<i>Problemas con los dientes:</i> Y N

Por favor, explica cualquier respuesta "Y": \_\_\_\_\_

**HISTORIA EDUCATIVA**

11. ¿Asistió su hijo?:  guardería  preescolar  jardín de infancia

12. Enumere todas las escuelas (K-12) a las que su hijo ha asistido:

Nombre de Escolar	Ciudad, Estada	Grado
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

13. ¿Ha recibido su hijo alguna vez calificaciones deficientes: Y N Sujeto(s): \_\_\_\_\_

14. ¿Ha repetido su hijo alguna vez un grado: Y N En caso afirmativo, qué grado(s): \_\_\_\_\_

15. ¿Cómo es la asistencia de su hijo: Excelente Muy Bueno Bueno Pobre



- Impulsivo                       Se distrae fácilmente                       Perfeccionista                       Olvidadizo  
 Duerme demasiado                       Duerme muy poco                       Período de atención corto  
 Manipulador                       Actúa sin pensar                       Siempre en movimiento                       Ansioso  
 Falta a la escuela                       Habla de lastimarse a sí mismo o otros                       Tics / gestos nerviosos  
 No respeta la autoridad                       Apariencia descuidada                       Deprimido                       Problemas de estómago frecuentes

21. Por favor enumere cualquier inquietud que tenga sobre el desempeño académico, las habilidades sociales o el comportamiento de su hijo.

---



---



---

22. ¿Qué son los intereses de su hijo(a)?: \_\_\_\_\_

---



---

23. ¿Qué son las mayores fortalezas de su hijo(a)?: \_\_\_\_\_

---



---

24. ¿Qué son áreas de dificultades para su hijo(a): \_\_\_\_\_

---



---

25. ¿Su hijo(a) tiene tareas al hogar?    Y    N    Lista: \_\_\_\_\_

¿Los completa regularmente?    Y    N    ¿Sin preguntar?                      Y    N

26. ¿Qué maneras de disciplinar o corregir a su hijo(a)? \_\_\_\_\_

---



---

### HISTORIA DE LA FAMILIA

27. En el último año (12 meses), ¿su hijo(a) o cualquier persona de su familia/hogar inmediato ha experimentado alguno de los siguientes cambios?? Por favor, explique cualquier respuesta afirmada.

Movido: \_\_\_\_\_

Cambio de escuelas: \_\_\_\_\_

Matrimonio: \_\_\_\_\_

- Divorcio: \_\_\_\_\_
- Separación: \_\_\_\_\_
- Enfermedad grave/ Accidente: \_\_\_\_\_
- Problemas legales: \_\_\_\_\_
- Muerte: \_\_\_\_\_
- Abuso de Drogas/ Alcohol: \_\_\_\_\_
- Víctima de Violencia/ Abuso: \_\_\_\_\_
- Cambio de situación financiera: \_\_\_\_\_
- Cambio de empleo: \_\_\_\_\_
- Desempleo: \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

28. ¿Alguno de los anteriores ocurrió en los últimos 2 a 3 años?

Por favor, lista & explica: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

29. ¿Tiene alguna pregunta o preocupación que desee compartir con el equipo de evaluación?

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

Firma

Fecha