



# 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": \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Por favor liste cualquier diagnóstico mental o médico que él o ella ve un proveedor o toman medicamentos para (por ejemplo, ADHD, asma, alergias, soplo cardíaco, etc.):

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

Por favor, indique todos los medicamentos que toma su hijo por cualquier razón:

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia	Causa
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

### 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

16. ¿Ha sido suspendido su hijo alguna vez: Y N En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

17. ¿Ha participado o ha sido referido su hijo para cualquiera de los siguientes programas o servicios a través de la escuela o una agencia externa? Marque todo lo que corresponda

- Retenido un grado  Educación especial  Educación para estudiantes de inglés
- Evaluación de la terapia física  Evaluación psicológica  Evaluación educativa
- Clases para superdotados  Consejería  Terapia del Lenguaje y Habla
- Terapia Ocupacional  Otras Evaluaciones

En caso afirmativo a, cualquiera de los anteriores, indique cuándo y dónde:

---

---

---

### HISTORIA SOCIAL/EMOCIONAL

18. Por favor indique lo siguiente acerca de su hijo:

Disposición general/temperamento:	Tranquilo	Difícil	Tímido / Lento para calentarse
Nivel de actividad física general:	Alto	Promedio	Bajo

Respuesta al estrés/frustración:      Se enoja      Retira      Muerde las uñas      Sacudidas  
Chupa el pulgar      Otro: \_\_\_\_\_

Respuesta a los cambios en la rutina:      Se adapta bien      Un poco agitado      Se enfada mucho

19. Por favor indique qué tan bien se lleva su hijo con:

Padres:	Muy bien	bueno	mal
Hermanos:	Muy bien	bueno	mal
Compañeros:	Muy bien	bueno	mal

20. Haga cualquiera de los siguientes comportamientos o características que se aplican a su hijo. Por favor marque todos los que apliquen:

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Físicamente agresivo    | <input type="checkbox"/> Verbalmente agresivo                   | <input type="checkbox"/> Pesadillas                | <input type="checkbox"/> Mojar la cama                    |
| <input type="checkbox"/> Comer en exceso         | <input type="checkbox"/> No comer                               | <input type="checkbox"/> Baja autoestima           | <input type="checkbox"/> Malhumorada                      |
| <input type="checkbox"/> No cumple               | <input type="checkbox"/> Desorganizado                          | <input type="checkbox"/> Rabietas                  | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias              |
| <input type="checkbox"/> Impulsivo               | <input type="checkbox"/> Se distrae fácilmente                  | <input type="checkbox"/> Perfeccionista            | <input type="checkbox"/> Olvidadizo                       |
| <input type="checkbox"/> Duerme demasiado        | <input type="checkbox"/> Duerme muy poco                        | <input type="checkbox"/> Período de atención corto |   |
| <input type="checkbox"/> Manipulador             | <input type="checkbox"/> Actúa sin pensar                       | <input type="checkbox"/> Siempre en movimiento     | <input type="checkbox"/> Ansioso                          |
| <input type="checkbox"/> Falta a la escuela      | <input type="checkbox"/> Habla de lastimarse a sí mismo o otros | <input type="checkbox"/> Tics / gestos nerviosos   |   |
| <input type="checkbox"/> No respeta la autoridad | <input type="checkbox"/> Apariencia descuidada                  | <input type="checkbox"/> Deprimido                 | <input type="checkbox"/> 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.

- Movidó: \_\_\_\_\_
- 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?                       Sí                       No

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

Firma

---

Fecha