



UMass Memorial  
Children's Medical Center

Developmental and Behavioral Pediatrics (DBP)

Por favor adjunte una  
foto del niño o niña

DBP Mailing address:  
ATT: DBP Admin  
Suite S4-301 Room S4-301C46  
55 Lake Avenue North  
Worcester, MA01655  
Phone: 508-334-8728  
Fax: 774-455-422

DBP clinic:  
Benedict Building, second floor  
55 Lake Avenue North  
Worcester, MA01655

## Cuestionario para padres – Niños mayores de 5 años

**PLEASE NOTE:** We are unable to provide emergency services. If you are concerned that your child is in immediate danger of harming himself/herself or others, contact 911, an emergency service provider, and/or your child's primary care provider. Check our website for any questions: [www.umassmemorial.org/DBP](http://www.umassmemorial.org/DBP)

\*\*\*\*\*PLEASE COMPLETE AND MAIL QUESTIONNAIRE BACK TO US WITHIN 3 MONTHS\*\*\*\*\*

### I. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de la(s) persona(s) que completan este cuestionario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

<b>NOMBRE DEL NIÑO(A):</b>	Apellido:	Nombre:
<b>Fecha de nacimiento:</b>	/ /	<b>Edad</b>
<b>Madre 1 nombre / nacimiento</b>	Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer
<b>Padre 2 nombre / nacimiento</b>	Fecha de nacimiento	/ /
<b>Dirección:</b>		
<b>Números de teléfono:</b>	<b>Hogar:</b>	<b>Celular:</b>
<b>Correo electrónico:</b>		
<b>Segunda dirección y teléfono: (especifique si madre o padre):</b>		
<b>Correo electrónico:</b>		
<b>Lengua primaria del niño:</b>		
<b>Lengua primaria de los padres:</b>	¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>¿Quién tiene la custodia legal?</b>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> DCF <input type="checkbox"/> Otro (especifique):	
<b>¿Quién los refirió a CCSN?</b>		

<b>PEDIATRA DEL NIÑO:</b>	
<b>Dirección y teléfono del pediatra</b>	<b>#:</b>
<b>OTROS MÉDICOS:</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Neurólogo:</b>	<b>#:</b>
<input type="checkbox"/> <b>Psiquiatra:</b>	<b>#:</b>
<input type="checkbox"/> <b>Pediatra del Desarrollo y Conducta:</b>	<b>#:</b>

<b>ESCUELA / PROGRAMA ACTUAL:</b>	
<b>Dirección y teléfono de la escuela:</b>	<b>#:</b>

<b>Persona de contacto y teléfono:</b>		<b>#:</b>
--	--	-----------

**II. PREOCUPACIONES:** Marque las razones por las que busca una evaluación de su niño(a) ahora. Indique el nivel de preocupación poniendo un círculo en el número que corresponde.

√	Preocupaciones	Un poco preocupada 1	Algo preocupada 2	Muy preocupada 3	Preocupada muchísimo 4
<input type="checkbox"/>	Problemas de aprendizaje: leer, escribir, deletrear, y/o matemáticas .	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	No estoy de acuerdo con la escuela de que el niño necesita servicios, o qué tipo de servicio necesita	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	Problemas para prestar atención, mantener la atención, recordar o terminar tareas.	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	Problemas para sentarse quieto, es demasiado activo, habla demasiado, o actúa sin pensar.	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	Problemas de conducta (no sigue las reglas, se rebela, es agresivo o problema si está rendido).	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	Problemas emocionales (descontento, deprimido nervioso, preocupado, irritable o enojado).	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	Problemas para hacer o mantener amigos..	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	Dificultad para hablar o comunicarse, o para comprender el habla y comunicación de otros.	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	Conducta rara, movimientos del cuerpo, o se enfoca solo en ciertos temas o intereses.	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	Habilidades diarias (vestirse, comer, ir al baño, etc.)	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	Su capacidad mental (pensar, entender o resolver problemas) es baja para su edad.	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	Sensibilidad inusual a los ruidos, sensaciones, sabores y olores interfieren en la vida diaria.	1	2	3	4
<input type="checkbox"/>	Preocupada por las medicinas (¿hay medicinas que pueden ayudar al niño? ¿La medicina actual, se puede cambiar o mejorar la dosis?)	1	2	3	4

Cuéntenos más de sus preocupaciones (puede adjuntar otra hoja): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuáles son las fortalezas y gustos del niño? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué espera lograr durante esta visita? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Alguna vez se diagnosticó al niño por un problema del desarrollo, conducta, emociones o aprendizaje?  Sí  No Si contesta Sí, describa: \_\_\_\_\_

¿Tiene otro niño que ha sido visto en esta clínica?  sí  no Por quién: \_\_\_\_\_

¿Usted cree que su niño está a riesgo de hacerse daño o hacer daño a otros?  sí  no Explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**TENGA EN CUENTA QUE:** No podemos dar servicios de urgencia. Si piensa que su niño está en peligro inminente de hacerse daño a sí mismo o a otros, llame al 911, a un servicio de urgencias, o al pediatra del niño.

**III. CÓMO FUNCIONA ACTUALMENTE:** Cuéntenos más de las habilidades del niño en las siguientes áreas:  
**Habilidad para dormir** (A la hora de acostarse, ¿va solo a la cama? ¿Duerme toda la noche?)

---

---

**Habilidades ejecutivas** (¿Puede terminar solo las tareas escolares u otras tareas? ¿Sigue directivas?)

---

---

**Cómo maneja las emociones** (¿Cómo maneja emociones normales, como frustración, ansiedad o tristeza? ¿Se pone muy emotivo si lo comparan con otros niños?)

---

---

**Alimentación** (¿Come una variedad de alimentos?)

---

---

**Habilidad social** (¿Se lleva bien e inicia intercambio con otros niños o adultos?)

---

---

**Habilidad para jugar** (¿Cómo juega? ¿Hace juegos imaginarios o dramáticos? ¿Juegos de mesa, cartas?)

---

---

**Habilidad para adaptarse** (Para su edad, ¿qué tan bien puede cuidarse de sí mismo, como vestirse, ir al baño, higiene personal)?

---

---

**Habilidad para leer** (¿Puede identificar letras? ¿Puede leer palabras conocidas o nuevas? ¿Leer y entender oraciones?)

---

---

**Habilidad para escribir** (¿Puede escribir letras? ¿Palabras? ¿Oraciones? A ¿Un párrafo?)

---

---

**Habilidad en matemáticas** (¿Puede identificar números? ¿Contar? ¿Sumar o restar? ¿Multiplicar o dividir?)

---

---

**Lenguaje** (¿Puede entender palabras sueltas, oraciones o cuentos? ¿Usualmente habla en palabras aisladas u oraciones completas? ¿Puede contar un cuento?)

---

---

**Habilidad motora gruesa** (¿Qué tan bien se puede sentar, parar, caminar y correr? ¿Es torpe para moverse?)

---

---

**Habilidad motora fina** (¿Tiene dificultad con botones? ¿Zípers? ¿Para escribir? ¿Para atarse los zapatos?)

---

---

**IV. INFORMACIÓN MÉDICA** ¿El niño es adoptado?  sí  no A qué edad \_\_\_\_\_ de (país) \_\_\_\_\_

**A. Antecedentes del embarazo, trabajo de parto y parto**

¿Cuántos embarazos tuvo la madre? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos hijos tiene la madre? \_\_\_\_\_

¿En qué orden nació este niño? \_\_\_\_\_ Edad de la madre al nacer este niño \_\_\_\_\_

¿La madre gozaba de buena salud al nacer este niño?  sí  no Explique: \_\_\_\_\_

---

---

Durante el embarazo o el parto, ¿hubo problemas médicos o de otro tipo? (  tratamiento de fertilidad  infecciones (incluyendo herpes)  exposición inusual a infecciones)? Explique: \_\_\_\_\_

**(Embarazo, trabajo de parto y parto, continuación)**

Le hicieron a la madre alguna de estas pruebas  ultrasonido  amniocentesis  CVS  Otra: \_\_\_\_\_

¿Alguna de estas pruebas fue anormal? Explique: \_\_\_\_\_

¿Usó la madre algo de lo siguiente durante el embarazo?

- medicinas con receta: \_\_\_\_\_
- remedios naturales (hierbas): \_\_\_\_\_
- medicinas sin receta: \_\_\_\_\_
- bebió alcohol (vino, cerveza), \_\_\_\_\_ # vasos por día
- fumó cigarrillos, \_\_\_\_\_ # paquetes por día
- usó drogas (marihuana, cocaína): \_\_\_\_\_

**B. Antecedentes del nacimiento**

El bebé nació a las \_\_\_\_\_ semanas ¿Peso al nacer? \_\_\_\_\_ lbs. \_\_\_\_\_ oz. ¿Mellizo, trillizo?  sí  no  
 Nacimiento fue:  Vaginal  Con cesárea ¿Hubo problemas?  sí  no Si dice Sí, describa: \_\_\_\_\_

¿El niño estuvo en cuidado especial en la nursery o en NICU?  sí  no Si es Sí, cuántos días? \_\_\_\_\_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

¿Tuvo el niño problemas en los primeros días de vida?  sí  no Si es Sí, describa: \_\_\_\_\_

¿Tuvo problemas de alimentación de recién nacido o de bebé?  sí  no Si es Sí, describa: \_\_\_\_\_

**C. Antecedentes médicos (Revisión de sistemas) ¿Están al día las vacunas del niño?  sí  no**

Indique si alguna vez el niño tuvo algo de lo siguiente:		
<input type="checkbox"/> Problemas de visión	<input type="checkbox"/> Reacción inusual a vacunas	<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos
<input type="checkbox"/> Problemas de audición	<input type="checkbox"/> Convulsiones o se queda mirando fijo	<input type="checkbox"/> Latidos muy rápidos, dolor pecho
<input type="checkbox"/> Infección o enfermedad grave	<input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza o perdió conocimiento	<input type="checkbox"/> Vómitos, diarrea o estreñimiento
<input type="checkbox"/> Lesión grave, quemadura, fractura	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza o migrañas frecuentes	<input type="checkbox"/> Dolor de estómago frecuente
<input type="checkbox"/> Envenenamiento o exposición a químicos tóxicos (plomo)	<input type="checkbox"/> Desmayos o mareos	<input type="checkbox"/> Problemas de riñón, vejiga o con la orina
<input type="checkbox"/> ¿Hospitalizaciones o cirugías?	<input type="checkbox"/> Sueño intranquilo o ronca de noche	<input type="checkbox"/> Problemas de sangre o anemia
<input type="checkbox"/> Accidentes o lesiones con frecuencia	<input type="checkbox"/> Problemas serios de nariz, boca o garganta	<input type="checkbox"/> Sufrió o se sospecha abuso físico o sexual
<input type="checkbox"/> Problema de salud crónico o grave (por ej. diabetes)	<input type="checkbox"/> Infecciones de oído o tubos en los oídos	<input type="checkbox"/> Historia de o se sospecha uso de tabaco, alcohol o drogas
<input type="checkbox"/> Come demasiado o tiene sobrepeso	<input type="checkbox"/> Tic nervioso (pestañea, frunce los ojos, sacude la cabeza)	<input type="checkbox"/> Si es mujer, tuvo su regla
<input type="checkbox"/> Pequeño para su edad, muy flaco	<input type="checkbox"/> Tic vocal (gruñido, carraspea)	<input type="checkbox"/> Problema hormonal o de tiroides
<input type="checkbox"/> Dificultad para comer, dieta, o apetito	<input type="checkbox"/> Problema respiratorio o pulmonar	<input type="checkbox"/> Problema de postura (la forma en que camina)
<input type="checkbox"/> Defecto o marca de nacimiento	<input type="checkbox"/> Conducta compulsiva	<input type="checkbox"/> Problemas de la salud mental

¿Tiene el niño alguna alergia?  sí  no Si es Sí, explique \_\_\_\_\_

**D. Antecedentes de medicinas**

Toma el niño:	¿Ahora o antes?	¿Qué medicinas y por qué?
¿Medicinas con receta? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Recetada por:		
¿Medicinas sin receta (incluyendo vitaminas)? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
¿Algún tratamiento alternativo o biomédico? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		

## V. ANTECEDENTES FAMILIARES Y SOCIALES

¿Con quién vive el niño la mayoría del tiempo?  Madre  Padre  Madrastra  Padrastro  Madre adoptiva  
 Padre adoptivo  Abuela  Abuelo  Tía  Tío  Padres de crianza  Hogar en grupo  hermano(s)  
 Hermana(s)  Primo(s)  Otra persona: \_\_\_\_\_

**Estado civil de los padres:**  Casados  Nunca se casaron  Separados / Divorciados  Viudos

Madre 1 Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco/relación con el niño: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Grado más alto de educación que terminó: \_\_\_\_\_

Padre 2 Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco/relación con el niño: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Grado más alto de educación que terminó: \_\_\_\_\_

Hermanos del niño u otros niños EN la casa:	Hermano, medio h. adoptados, etc.	Edad

Hermanos del niño que NO viven en la casa	Hermano, medio h. adoptados, etc.	Edad

¿Hay alguna circunstancia especial en la situación familiar? (Adjunte otra hoja si es necesario) \_\_\_\_\_

¿El niño tuvo una experiencia muy triste? (testigo de violencia, abuso sexual o físico)  sí  no Si Sí, explique: \_\_\_\_\_

¿El niño fue colocado fuera del hogar alguna vez? (cuidado de crianza, centro residencial)  sí  no Si sí, explique: \_\_\_\_\_

¿Hay problemas familiares que estén preocupándolo? (enfermedad grave, familiares con problemas mentales, divorcio, problemas económicos, problemas de vivienda)  sí  no Si Sí, explique: \_\_\_\_\_

¿Se discute con frecuencia o hay abuso físico en la casa?  sí  no Si sí, explique: \_\_\_\_\_

Alguien en su familia directa o familiares tienen o han tenido los siguientes problemas? (especifique quién)	
<input type="checkbox"/> Problemas de atención / ADHD:	<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos antes de los 50 años de edad:
<input type="checkbox"/> Problemas de conducta:	<input type="checkbox"/> Abuso físico o sexual:
<input type="checkbox"/> Problemas del habla o del lenguaje:	<input type="checkbox"/> Depresión:
<input type="checkbox"/> Problemas en la escuela:	<input type="checkbox"/> Bipolar/ Maníaco depresivo:
<input type="checkbox"/> Problemas para leer / dislexia:	<input type="checkbox"/> Problemas sociales / timidez:
<input type="checkbox"/> Convulsiones o problemas neurológicos:	<input type="checkbox"/> Ansiedad / Ataques de pánico:
<input type="checkbox"/> Retraso mental / Incapacidad intelectual:	<input type="checkbox"/> Trastorno obsesivo-compulsivo:
<input type="checkbox"/> Trastorno genético / defecto de nacimiento:	<input type="checkbox"/> Esquizofrenia:
<input type="checkbox"/> Tic nervioso / Síndrome de Tourette:	<input type="checkbox"/> Problemas de alcohol:
<input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista:	<input type="checkbox"/> Problemas de drogas:
<input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides:	<input type="checkbox"/> Problemas con la ley:

## VI. ANTECEDENTES DEL DESARROLLO

¿A qué edad se empezó usted a preocupar por el desarrollo del niño? \_ \_ ¿Por qué? \_\_\_\_\_

Su niño, ¿perdió habilidades?  sí  no Si Sí, cuándo y qué habilidades: \_\_\_\_\_

Por favor, denos información sobre los siguientes logros:

Cuándo comenzó el niño a:	Edad:	Aún No	Cuándo comenzó el niño a:	Edad:	Aún no
Sentarse solito		<input type="checkbox"/>	Estar seco durante el día (baño)		<input type="checkbox"/>
Gatear solito		<input type="checkbox"/>	Estar seco durante la noche (baño)		<input type="checkbox"/>
Caminar solito		<input type="checkbox"/>	Vestirse y desvestirse solito		<input type="checkbox"/>
Decir "adiós" con la mano		<input type="checkbox"/>	Comer solito		<input type="checkbox"/>
Señalar o mostrar objetos a personas		<input type="checkbox"/>	Escribir su nombre, letras, colores		<input type="checkbox"/>
Fingir o imaginar juegos		<input type="checkbox"/>	Mostrar interés en contar		<input type="checkbox"/>
Decir oraciones de dos palabras		<input type="checkbox"/>	Arrojar y agarrar la pelota o balón		<input type="checkbox"/>
Ser comprendido por extraños		<input type="checkbox"/>	Leer palabras sencillas		<input type="checkbox"/>

## VII. ANTECEDENTES SOCIALES, EMOCIONALES Y DE LA CONDUCTA

Describe la personalidad de su niño(a): \_

Indique si algo de lo siguiente es VERDAD en su niño(a):	
<input type="checkbox"/> No mira bien a los ojos cuando le habla a usted	<input type="checkbox"/> No trata de usar palabras para comunicarse
<input type="checkbox"/> No usa gestos para comunicarse (señalar, mostrar)	<input type="checkbox"/> Prefiere estar solo; ignora a otras personas
<input type="checkbox"/> Hace eco (repite) de palabras o frases	<input type="checkbox"/> Dificultad para relacionarse con niños o hacer amigos
<input type="checkbox"/> Habla de manera o tono inusual	<input type="checkbox"/> Conducta inusual para jugar; casi no finge "como si"
<input type="checkbox"/> Es difícil lograr su atención	<input type="checkbox"/> Tiene intereses/gustos inusuales o muy intensos
<input type="checkbox"/> Parece preocupado, lejano, distante	<input type="checkbox"/> Toma las cosas literalmente; no entiende el fondo
<input type="checkbox"/> Tiene movimientos repetitivos (por ej: sacude las manos, retuerce los dedos, da pasos atrás/adelante)	<input type="checkbox"/> Maneja el cambio muy mal; insiste en lo mismo

¿Está usted preocupada por la conducta del niño en la:  casa  escuela  en la comunidad? Si sí, explique:

Indique qué tan frecuente su niño muestra lo siguiente:	Nunca	A veces	Fre- cuenta	Muy fre- cuenta
1. Comete muchos errores por descuido y no presta atención a detalles				
2. Tiene dificultad para concentrarse en tareas difíciles				
3. Parece no escuchar cuando se le habla directamente				
4. No termina tareas (por ej: de la escuela); cambia de una actividad a otra				
5. Tiene dificultad para organizar tareas, sus pertenencias o actividades				
6. Evita y no le gusta las tareas que demandan concentración y esfuerzo				
7. Pierde o traspapela las cosas				
8. Se distrae fácilmente con ruidos y otras cosas				
9. Es olvidadizo en actividades diarias				
10. Mueve inquieto las manos; se retuerce en el asiento				
11. Tiene dificultad para permanecer sentado cuando se le pide				
12. Corre o sube cuando se le dice que no lo haga				
13. Tiene dificultad para jugar tranquilo				
14. Está "siempre en movimiento"; actúa como "manejado por un motor"				
15. Habla demasiado				

16. Suelta sus respuestas antes de que la pregunta se haya terminado, habla antes de pensar				
---	--	--	--	--



Indique qué tan frecuente su niño hace lo siguiente:	Nunca	A veces	Frecuente	Muy frecuente
17. Tiene dificultad para esperar su turno				
18. Interrumpe (se mete en conversaciones o juegos)				
19. Pierde los estribos				
20. Discute con adultos				
21. Se rebela o se niega a hacer lo que se le pide				
22. Fastidia deliberadamente a las personas				
23. Culpa a otros por su mala conducta o sus propios errores				
24. Es susceptible o con facilidad siente que otros lo molestan				
25. Se enoja o resiente				
26. Trata de vengarse o tira la bronca a otros				
27. Es agresivo con personas o animales (acosa /amenaza; inicia peleas; ha usado un arma; físicamente cruel con personas o animales; ha robado o atracado a alguien; ha forzado tener sexo con alguien)				
28. Deliberadamente ha destruido la propiedad de alguien				
29. Dice mentiras graves, engaña o roba cosas de valor				
30. Sale toda la noche sin permiso, se escapa o no va a la escuela				
31. Pierde el interés o placer en actividades diarias				
32. Cambios de apetito y peso				
33. Dificultad para dormir (para dormirse, dormirse de nuevo, duerme demasiado)				
34. Se siente inútil o no tan bueno como otros (por ej.: baja autoestima, se culpa por problemas)				
35. Está triste, no es feliz, es irritable (reacciona por nada, se frustra, llora mucho)				
36. Tiene baja energía, cansado, fatigado				
37. Tiene dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones				
38. Es miedoso, ansioso, o se preocupa				
39. Es inquieto o intranquilo (muy nervioso)				
40. Se queja de dolores en el cuerpo o tensión muscular				
41. No para de preocuparse (por microbios, hacer todo perfecto, la familia peligra)				
42. Tiene miedo de probar cosas nuevas por miedo a equivocarse o por vergüenza				
43. Tiene arranques violentos o rabieta, incluso llora o se cuelga de otros				
44. Se preocupa por dejar la casa o estar lejos de los padres				
(OFFICE USE ONLY)				
1-9: / 9 (IA: ≥ 6 / 9) 10-18: / 9 (HI: ≥ 6/9) 19-26: / 8 (ODD: ≥4/8) 27-30 (CD) 31-37 (MDD) 35-44 (AD)				

## VII. ANTECEDENTES PREESCOLARES O ESCOLARES

Grado actual: \_\_\_\_\_ Tipo de clase:  Regular  Integrada  Muy separados

En IEP?  sí  no

¿Qué tan satisfecha está con la escuela actual?  Muy satisfecha  Algo satisfecha  Insatisfecha

### Por favor, díganos más de los servicios que el niño recibe o ha recibido en la ESCUELA:

<input type="checkbox"/> Plan 504 (Acomodaciones), A qué edad:	<input type="checkbox"/> Applied Behavioral Analysis (ABA) ( <input type="checkbox"/> ahora <input type="checkbox"/> antes)
<input type="checkbox"/> IEP (Educación especial), A qué edad:	<input type="checkbox"/> Consejería en la escuela ( <input type="checkbox"/> ahora <input type="checkbox"/> antes)
<input type="checkbox"/> Pruebas en la escuela (Evaluación CORE), ¿cuándo?	<input type="checkbox"/> No pasó un grado o clase. ¿Cuál?
<input type="checkbox"/> Terapia física ( <input type="checkbox"/> ahora <input type="checkbox"/> antes)	<input type="checkbox"/> Lo suspendieron o echaron, ¿cuándo?
<input type="checkbox"/> Terapia del habla ( <input type="checkbox"/> ahora <input type="checkbox"/> antes)	<input type="checkbox"/> Repitió un grado, ¿qué grado?
<input type="checkbox"/> Terapia ocupacional ( <input type="checkbox"/> ahora <input type="checkbox"/> antes)	<input type="checkbox"/> Otro servicio:

## IX. ANTECEDENTES DE EVALUACIÓN PREVIA O DE OTROS SERVICIOS

**Evaluaciones particulares** (incluso psiquiatra, neurólogo, pediatra del desarrollo y conducta u otro profesional)

Tipo de prueba	Con quién	Dónde	Cuándo

**Pruebas médicas** (incluso EEG (electroencefalograma), MRI, pruebas genéticas, de cromosomas, etc.)

Tipo de prueba	Con quién	Dónde	Cuándo

**Indique los servicios que el niño recibe o recibió antes FUERA DE LA ESCUELA:**

Tipo de servicio	Fechas del servicio	Proveedor del servicio (Nombre / #)
<input type="checkbox"/> Intervención temprana ¿ Por qué?		
<input type="checkbox"/> Trabajadora social / Administradora de casos		
<input type="checkbox"/> Terapia del habla y del lenguaje		
<input type="checkbox"/> Terapia ocupacional		
<input type="checkbox"/> Terapia física		
<input type="checkbox"/> Maestra particular (Tutoring)		
<input type="checkbox"/> Terapia ABA (Applied Behavioral Analysis--ABA)		
<input type="checkbox"/> Consejería psicológica (por ejemplo: CBHI / terapia en la casa, terapia individual o familiar)		
<input type="checkbox"/> Admisión psiquiátrica o tratamiento por drogas		
<input type="checkbox"/> Departamento de servicios del desarrollo (DDS)		
<input type="checkbox"/> Departamento de salud mental (DMH)		
<input type="checkbox"/> Departamento de niños y familias (DCF)		
<input type="checkbox"/> Otro tipo de servicio:		

¿Hay algo más que usted quisiera compartir con nosotros? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Estimados madre/padre, gracias por completar este formulario. Quisiéramos recomendarle(s) que:**

- Guarden una copia en sus records (esto es muy importante en caso que los documentos se pierdan)
- Si corresponde, incluya el IEP actual del niño y cualquier evaluación previa (de la escuela, médica y privada)
- **IMPORTANTE:** Si tiene tutela/custodia legal de este niño, incluya copia del documento legal
- Envíe todos los formularios y documentación a la oficina de desarrollo y Pediatría del comportamiento en la información de contacto aparece en la primera pagina.

**Esperamos poder trabajar con usted y su niño(a).**

For Office Use Only:	Reviewed by (Signature):
Date:                      Time:	Print Name:                      Credentials:

