



## CUESTIONARIO PARA PADRES/MADRES

**Agradecemos su cooperación para proporcionar la mayor cantidad de información posible al llenar este cuestionario. La información será útil para la evaluación de su hijo y para atender sus inquietudes.**

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del Niño \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que llena este formulario \_\_\_\_\_

Relación con el niño \_\_\_\_\_

### INSCRIPCIÓN E INFORMACIÓN DEL SEGURO

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

Sexo: Masculino          Femenino

Dirección: \_\_\_\_\_ Apt.: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_

Teléfono en el hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono en el trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono celular 1: \_\_\_\_\_ Teléfono celular 2: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Idioma(s) que habla(n) en el hogar: \_\_\_\_\_

¿En qué idioma es más fácil que su hijo entienda y hable? \_\_\_\_\_

¿Ha sido atendido su hijo anteriormente en HackensackUMC? Sí          No

Referido por: \_\_\_\_\_

Nombre del pediatra: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Padre biológico: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Origen étnico \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_

Años de educación \_\_\_\_\_ Salud: \_\_\_\_\_

Madre biológica \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

Origen étnico \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_

Años de educación \_\_\_\_\_ Salud: \_\_\_\_\_

Padrastra/Padre adoptivo/Padre de crianza (Por favor marcar con un círculo)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_

Origen étnico \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_

Años de educación \_\_\_\_\_ Salud: \_\_\_\_\_

Madrastra/Madre adoptiva/Madre de crianza (Por favor marcar con un círculo) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_

Origen étnico \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_

Años de educación \_\_\_\_\_ Salud: \_\_\_\_\_

Tutor legal (si corresponde) \_\_\_\_\_ (Vínculo) \_\_\_\_\_

**Información del seguro**

Plan 1:

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del plan: \_\_\_\_\_

(Indemnización HMO PPO POS Otro \_\_\_\_\_ )

Identificación de la póliza/Número de miembro: \_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Número de teléfono para proveedores: \_\_\_\_\_

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

Vínculo con el niño: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

Plan 2:

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del plan: \_\_\_\_\_

(Indemnización HMO PPO POS Otro \_\_\_\_\_ )

Identificación de la póliza/Número de miembro: \_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Número de teléfono para proveedores: \_\_\_\_\_

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

Vínculo con el niño: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

**SÍRVASE INCLUIR UNA COPIA DEL FRENTE Y EL DORSO DE SU(S) TARJETA(S) DE SEGURO.**

## INFORMACIÓN GENERAL

¿Qué inquietudes y preguntas tiene sobre su hijo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuándo lo notó por primera vez? \_\_\_\_\_

¿Qué le han dicho sobre este/estos problema(s)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnósticos anteriores (si corresponde): \_\_\_\_\_

¿Cómo cree que el Instituto para el Desarrollo Infantil (ICD) le puede ayudar? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## EMBARAZO

¿Qué edad tenía cuando quedó embarazada de este hijo? \_\_\_\_\_

Por favor enumere los medicamentos que tomaba mientras estuvo embarazada y cuándo (incluya a todos los medicamentos tales como antibióticos, narcóticos, vitaminas, pastillas para el control de la natalidad, aspirinas, etc.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Fumaba durante el embarazo? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Cuántos cigarrillos por día? \_\_\_\_\_

Número de bebidas alcohólicas por semana \_\_\_\_\_ Si fue así, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

¿Alguna droga de la calle que haya tomado durante o antes de este embarazo? (por ejemplo, heroína, cocaína, marihuana) Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si fue así, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

¿Tuvo alguna enfermedad, hospitalizaciones? Si fue así, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## HISTORIA DEL NACIMIENTO DE SU HIJO

Hospital (lugar del nacimiento) \_\_\_\_\_

¿El bebé nació a tiempo, prematuro, o tardío? (Por favor haga un círculo alrededor de uno)

Número de semanas prematuro o tardío: \_\_\_\_\_

Tipo de parto: Natural (vaginal) \_\_\_\_\_ Nacimiento de nalgas \_\_\_\_\_ Fórceps \_\_\_\_\_

Cesárea \_\_\_\_\_ Extracción por aspiración \_\_\_\_\_

Peso del bebé al nacer \_\_\_\_\_ Largo al nacer \_\_\_\_\_ Circunferencia de la cabeza \_

Condición del bebé:

¿respiró inmediatamente? \_\_\_\_\_ ¿lloró inmediatamente? \_\_\_\_\_

¿necesitó oxígeno? \_\_\_\_\_ Duración de la estadía en la guardería \_\_\_\_\_

Escala de APGAR \_\_\_\_\_

Problemas durante la estadía en el hospital (por ejemplo, incubadora, síndrome de dificultad respiratoria, terapia con oxígeno, ictericia, dificultades de alimentación, tendencia al sangrado, infección, antibióticos, convulsiones, sangrado intraventricular, cirugía). Haga un círculo alrededor del problema que corresponda entre los mencionados y describa a continuación.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicinas administradas al bebé durante la estadía en el hospital \_\_\_\_\_

¿Se efectuó una evaluación de la audición al recién nacido? Sí No

Resultados (si los conoce) \_\_\_\_\_

¿Se consideró que el recién nacido (mediante cuestionario en el certificado de nacimiento) estaba en riesgo de sufrir una pérdida de la audición? Sí \_\_\_ No \_\_\_

### OTROS EMBARAZOS

Embarazos de la madre biológica del niño: \_\_\_\_\_

Número total de veces en que ha estado embarazada (por favor indique el número) \_\_\_\_\_

Nacimientos vivos	Muertos al nacer	Abortos espontáneos	Abortos
_____	_____	_____	_____

Nombre de los nacimientos vivos	Fecha de nacimiento	Peso al nacer	Grado en la escuela	Todo problema en la escuela/de salud/Defectos de nacimiento
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

¿La madre y el padre son primos, o están relacionados de alguna forma?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_ Si es así, ¿Cuál es la relación? (Por ejemplo, primo en primer grado, primo en segundo grado)

Por favor enumere otros niños en la familia (no indicados arriba):

Nombre	Edad	Vínculo	Problemas en la escuela/de salud
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**DESARROLLO**

Indique la edad en que su hijo hizo por primera vez cada uno de los siguientes:

Mantuvo erecta la cabeza \_\_\_\_\_  
 Se dio la vuelta de atrás hacia adelante \_\_\_\_\_  
 Se dio la vuelta de adelante hacia atrás \_\_\_\_\_  
 Se sentó solo \_\_\_\_\_  
 Se paró solo \_\_\_\_\_  
 Caminó sin agarrarse \_\_\_\_\_  
 Comenzó el entrenamiento sobre el uso del baño \_\_\_\_\_  
 Terminó el entrenamiento sobre el uso del baño \_\_\_\_\_  
 Dijo "mamá" o "papá" con significado \_\_\_\_\_  
 Respondió a su nombre \_\_\_\_\_  
 Utilizó palabras individuales con significado \_\_\_\_\_  
 Utilizó dos o más palabras distintas juntas \_\_\_\_\_

¿Es su hijo diestro o zurdo? \_\_\_\_\_

¿Cuándo notó por primera vez una preferencia en el uso de una mano? \_\_\_\_\_

**SALUD DEL NIÑO**

Amamantó: Sí No Alimentación por botella: Sí No \_\_\_\_\_ ¿Tiene alguna dificultad?

Si su hijo ha tenido alguna de las siguientes, por favor indique y explique los detalles:

Accidentes (por ejemplo, fracturas, lesiones en la cabeza, etc.) \_\_\_\_\_

Infecciones graves/hospitalizaciones \_\_\_\_\_

Anemia \_\_\_\_\_

Infecciones o enfermedad del tracto urinario \_\_\_\_\_

Moja o ensucia la cama \_\_\_\_\_

Estreñimiento \_\_\_\_\_

Dificultad para ver \_\_\_\_\_

El ojo gira hacia dentro o fuera \_\_\_\_\_

Infecciones frecuentes al oído \_\_\_\_\_

Problemas para hablar \_\_\_\_\_

Dificultad para comer o alimentarse por propia cuenta \_\_\_\_\_

Dificultades con: Tragar \_\_\_\_\_ Masticar \_\_\_\_\_ Babear \_\_\_\_\_

Asma \_\_\_\_\_

Alergias \_\_\_\_\_

Ataques o convulsiones \_\_\_\_\_

Problemas con los pies (zapatos especiales, aparatos ortopédicos, moldes, etc.) \_\_\_\_\_

Coordinación deficiente/caídas frecuentes \_\_\_\_\_

Temores \_\_\_\_\_

Dificultades para dormir o pesadillas \_\_\_\_\_

Golpearse la cabeza \_\_\_\_\_

Mecerse \_\_\_\_\_

Aguantar la respiración \_\_\_\_\_  
 Rabietas \_\_\_\_\_  
 Problemas de comportamiento \_\_\_\_\_  
 Problemas emocionales \_\_\_\_\_  
 Otras enfermedades \_\_\_\_\_

Por favor enumere los medicamentos actuales y su dosis. \_\_\_\_\_

¿Ha sido sometido su hijo a una prueba para detectar la presencia de plomo? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Resultados \_\_\_\_\_

¿Tiene las vacunas al día? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_

¿Ha estado hospitalizado su hijo o ha sido visto por especialistas médicos desde su nacimiento?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_. Si la respuesta es afirmativa, por favor indique la información en el formulario de descargo.

¿Ha sido su hijo atendido anteriormente por un dentista? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Por cuál motivo \_\_\_\_\_

### HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

¿Tiene alguno de los parientes de su hijo antecedentes de problemas médicos, emocionales/de comportamiento o en la escuela? Enumere problemas tales como: Problemas de comportamiento, defectos de nacimiento, cáncer, parálisis cerebral, convulsiones, diabetes, epilepsia, problemas de audición o de la vista, retardo mental, aborto espontáneo, enfermedades musculares, problemas psiquiátricos, problemas en la escuela o de aprendizaje, desarrollo lento, problemas del habla o del lenguaje, enfermedad de la tiroides, etc.

#### NO ENUMERE LOS NOMBRES DE LOS PARIENTES

Parientes maternos

Parientes paternos

Madre del niño \_\_\_\_\_ Padre del niño \_\_\_\_\_

Madre de la madre \_\_\_\_\_ Madre del padre \_\_\_\_\_

Padre de la madre \_\_\_\_\_ Padre del padre \_\_\_\_\_

Hermanas de la madre \_\_\_\_\_ Hermanas del padre \_\_\_\_\_

Y hermanos \_\_\_\_\_ Y hermanos \_\_\_\_\_

Primos del niño \_\_\_\_\_ Primos del niño \_\_\_\_\_

### ACTIVIDADES Y COMPORTAMIENTO DIARIO

¿Qué le gusta hacer a su hijo? \_\_\_\_\_

¿Reconoce su hijo situaciones peligrosas y evita peligros simples? \_\_\_\_\_

¿Qué tal juega y/o se lleva su hijo con otros niños? \_\_\_\_\_

¿Responde su hijo cuando se le llama por su nombre? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Su hijo prefiere jugar solo? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿A su hijo le gusta que lo toquen o lo abracen? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Le gusta a su hijo la hora del baño? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Se le puede calmar fácilmente a su hijo en momentos de angustia? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Es difícil disciplinar a su hijo? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### ENTORNO

Enumere todas las personas que actualmente viven en el hogar:

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

¿Hay algún problema familiar importante y reciente tal como una defunción, enfermedad, separación o accidente? \_\_\_\_\_

Describa cualquier tensión familiar \_\_\_\_\_

### **POR FAVOR LLENE LO SIGUIENTE SI SU HIJO ESTÁ EN EDAD ESCOLAR O ESTÁ ASISTIENDO A CUALQUIER PROGRAMA O TERAPIA ESPECIAL.**

¿Ha sido inscrito su hijo en los Servicios de Salud para Niños Especiales? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Recibe o recibió su hijo los servicios de Intervención Temprana? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Por favor enumere: \_\_\_\_\_

¿A qué escuela asiste su hijo? (incluya preescolar, centros de cuidado diurno)

Nombre/ubicación Grado/Clase Servicios especiales (por ejemplo, terapias)

---

---

---

¿Tiene algún problema en la escuela? \_\_\_\_\_

¿Podemos contactar al maestro de su hijo? Sí \_\_\_ No. Si la respuesta es sí, por favor indique la información en el formulario de descargo.

¿Ha sido “clasificado” su hijo alguna vez para educación especial?

Sí

No

Por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Ha sido retrasado su hijo en la escuela anteriormente? Sí \_\_\_ No \_\_\_

Por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha tenido alguna vez evaluaciones privadas, instructores privados, terapia? Explique: \_\_\_\_\_

¿Cuáles son los puntos académicos fuertes de su hijo?

¿Puntos académicos débiles?

---

---

---

¿Está satisfecho con el programa escolar de su hijo? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Por favor explique a continuación: \_\_\_\_\_

---

---

¿Cuáles son sus metas y expectativas para la educación de su hijo? \_\_\_\_\_

---

NOTA: Asegúrese de que los maestros de su hijo llenen lo siguiente:

1. “Declaración de los maestros del salón de clase”.
2. Lista de verificación de la escala de evaluación de Vanderbilt (3 años y más).
3. S.I.F.T.E.R. (edad de 6 años y más) y devuélvanoslo.



