

Developmental History

Historial Del Crecimiento

Please complete and bring with you to your child's first appointment

***Por Favor complete este formulario y tráigalo con usted a la primera cita de su niño/a

GENERAL INFORMATION:

INFORMACION GENERAL:

TODAYS DATE:

FECHA DE HOY:

Child's Name:

Nombre Del Niño/a: _____

Date of Birth:

Fecha de Nacimiento: _____

Name your child goes by:

Nombre que su niño/a por cual lo llaman: _____

Age:

Edad: _____

Family Dr/ Pediatrician:

Médico de Cabecera/ Pediatra/a: _____

Referring Dr:

Médico Que Lo/la Refirió: _____

Briefly describe your child's problem(s):

Brevemente describa el problema(s) de su niño/a: _____

What do you feel are your child's strengths?

Que usted cree ser las áreas de fortaleza de su niño/a? _____

What would you like us to help your child accomplish?

Que a usted le gustaría a usted que nosotros le ayudemos a su niño/a lograr? _____

FAMILY INFO:

INFORMACION FAMILIAR:

Mother's Name:

Nombre de La Madre: _____

Home Phone:

Tel. De La Casa: _____

Work Phone:

Tel. Del Trabajo: _____

Highest Level of education completed:

Nivel más alto de educación que completo: _____

Occupation:

Ocupación: _____

Father's Name:

Nombre de La Padre: _____

Home Phone:

Tel. De La Casa: _____

Work Phone:

Tel. Del Trabajo: _____

| | |
|---|--|
| Highest Level of Education Completed: Nivel más alto de educación que completo: _____ | Occupation: Ocupación: _____ |
| Parent's e-mail address: Correo electrónico del(s) Padres: _____ | |
| Child lives with: El Niño vive con: _____ | |

| Sibling(s) Name(s): Nombre(s) Hermano/a(s): | Age(s): Edad(es): | Any developmental problems? Algún problema del desarrollo? |
|---|-----------------------------|--|
| | | |
| | | |
| | | |

Other people who spend time with your child (examples: babysitters, relatives, friends).

Otras personas con cuales su niño/a compare horas (ejemplos: niñera, familiares, amigos).

| Name/ Nombre | Relationship/ Parentsco |
|---------------------|--------------------------------|
| | |
| | |

PRENATAL AND PERINATAL HISTORY/HISTORIAL PRENATAL Y PERINATAL:

This is our **biological** **foster** **adopted child**
 Este es nuestro/a biológico/a sustituto/a niño/a adoptado/a

1) Was there anything unusual during pregnancy? **Yes** **No**
 Hubo algo inusual durante su embarazo? Sí No

If yes, please describe/ Si pasó, por favor describa: _____

2) Did you take any medications during this pregnancy? **Yes** **No**
 Tomo usted algún medicamento durante este embarazo? Sí No

If yes, please describe/ Si lo hizo, por favor describa: _____

3) Any problems during delivery? **Yes** **No**
 Algún problem durante el parto? Sí No

If yes, please describe/ Si alguno, por favor describa: _____

Were forceps used?
Usaron instrumento de cucharas?

Suction?
Aspirador?

Cesarean?
Cesaría?

Breech?
Puerco?

4) Were you given any medications during labor/ delivery/ Te han dado algún medicamento durante el parto? _____

5) Did the child remain in the hospital longer than the mother? **Yes** **No**

Se quedó el niño en el hospital más tiempo que la madre? Sí No

Is so, how long and why?/ Si se quedó , por cuanto tiempo y por qué? _____

6) Was your child full term? **Yes** **No** **Born at** _____ **weeks gestation**
Fue su niño/a de tiempo completo? Sí No Nació en _____ semanas de gestación

Birth weight:/ Peso al Nacer: _____

MEDICAL HISTORY:/ HISTORIAL MEDICO:

The child's current health is **Good** **Fair** **Poor**
La salud actual del niño/a es Bueno Regular Pobre

Please list all current medications being taken by your child:

Por favor nombre todo medicamento que su niño/a está tomando:

| Name of medication/ Nombre del Medicamento | Reason for medication/ Razón por la cual los toma |
|---|--|
| | |
| | |
| | |
| | |

Does the child have a history of hospitalizations? **Yes** **No**
Tiene su niño/a historial médico de hospitalizaciones? Sí No

If yes, please describe/ Si lo tiene, por favor describa: _____

Does the child have a history of surgeries? **Yes** **No**
Tiene su niño/a historial médico de cirugías? Sí No

If yes, please describe/ Si lo tiene, por favor describa: _____

Does or did your child ever have any health problems outside of those common to childhood?

Su niño/a alguna vez ha tenido o tiene algún problema de la salud afuera de esos de las enfermedades común de la niñez?

(example seizures, loss of consciousness, etc) **Yes** **No**
(ejemplos ataques epilépticos, pérdida del conocimiento, etc.) Sí No

If yes, please describe/ Si lo tiene, por favor describa: _____

Please list any allergies (medicines, food, environmental)/ Por favor liste cualesquiera alergias (medicina, comida, ambiente):

DEVELOPMENTAL HISTORY/ HISTORIAL DEL DESARROLLO:

At approximately what age did your child/ Aproximadamente a que edad su niño/ a:

Rollover? / Se dio vuelta? _____

Sit? / Se sentó? _____

Crawl? / Gateo? _____

Walk? / Camino? _____

Speak first words? / Dijo su primera palabra? _____

Put two words together? / Puso dos palabras juntas? _____

Does your child have trouble with feeding?

Su niño/a tiene dificultad para comer?

Yes

Sí

No

No

If yes, please describe/ Si tiene, por favor describa: _____

Does your child have trouble with toileting?

Su niño/ a tiene dificultad para ir al baño?

Yes

Sí

No

No

If yes, please describe/ Si tiene, por favor describa: _____

Does your child have trouble with sleeping?

Su niño/a tiene dificultad para dormir?

Yes

Sí

No

No

If yes, please describe/ Si tiene, por favor describa: _____

Does your child have trouble with behavior or interaction with others?

Su niño/a tiene dificultad con el comportamiento o socialización con otros?

Yes

Sí

No

No

If yes, please describe/ Si tiene, por favor describa: _____

Does your child have trouble with changes or paying attention to an activity?

Su niño/a tiene dificultad con cambios o poner atención a una actividad?

Yes

Sí

No

No

If yes, please describe/ Si tiene, por favor describa: _____

EDUCATIONAL HISTORY: / HISTORIAL EDUCACIONAL:

Is your child enrolled in school or pre-school?

Esta su niño/a registrado en la escuela o pre-escuela?

Yes

Sí

No

No

How does your child do in school? / Cómo le va en la escuela? _____

Does your child receive any special education services?

Su niño/a recibe algún servicio de educación especial?

Yes

Sí

No

No

If yes, please describe/ Si tiene, por favor describa: _____

THERAPY HISTORY: / HISTORIAL DE TERAPIAS:

Has your child been previously tested for therapy services? (Check all that apply)

Su niño/a ha sido anteriormente evaluado para servicios de terapias? (Maque todas las que aplique)

Occupational Therapy:

Terapia ocupacional:

previously tested

evaluado anteriormente

currently enrolled

actualmente registrado

Physical Therapy:

Terapia Física:

previously tested

evaluado anteriormente

currently enrolled

actualmente registrado

Speech Therapy:

Terapia Del Habla:

previously tested

evaluado anteriormente

currently enrolled

actualmente registrado

Counseling:

Consejería:

previously tested

evaluado anteriormente

currently enrolled

actualmente registrado

What did you like about your child's therapy? / Qué le gusto a usted de las terapias? _____

What would you change about your child's therapy? / Qué cambiaría usted de las terapias de su niño/a? _____

ACTIVITY INFORMATION: / INFORMACION DE LA ACTIVIDAD:

Describe play activities that your child likes best: / Describa las actividades de juegos que su niño/a le gusto más: _____

How many hours a day does your child: / Cuantas horas al día su niño/a:

Watch TV? / Mira television? _____

Play video games? / Juega videos juegos? _____

Play on computer? / Juega con la computadora? _____

Read? / Lee? _____

Which hand does your child use most frequently:

Cuál mano su niño/a utiliza más frecuente?

Right

Derecha

Left

Izquierda

SPEECH/ LANGUAGE INFORMATION: / INFORMACION DEL HABLA/ LENGUAJE:

How does your child let you know what he/ she wants? (Check all that apply):

Como su niño/a le da a saber cuándo él/ella quiere algo? (marque todas las que aplique):

Points to objects

Señala con el dedo al objeto

Uses one word at a time

Usa una palabra cuando habla

Uses sign language

Usa lenguaje de señas

Uses 2-3 word phrases

Usa 2-3 frases

Makes sounds/ grunts

Hace sonidos/ gruñidos

Uses long sentences

Usa frases largas

Takes me to desired object

Me lleva al objeto deseado

Uses gestures

Usa gestos

Do you have any concerns regarding your child's speech?

Usted tiene alguna preocupación acerca del habla de su niño/a?

Yes

Sí

No

No

Please describe: / Por favor describa: _____

Please indicate how you heard about us: / Por favor indique como usted supo acerca de nosotros:

_____ **ASK Mailing List**

Una lista de correo pedida

_____ **Newspaper**

Periódico

_____ **Therapist**

Terapeuta

_____ **School**

Escuela

_____ **FTMC Website**

El sitio web de FTMC

_____ **Friend**

Amigo

_____ **Radio**

Radio

_____ **Other: / Otro:** _____

Thanks for taking the time to fill out our questionnaire. We're looking forward to meeting you and your child.

Gracias por tomar el tiempo para llenar nuestro cuestionario. Nosotros estamos deseando reunirnos pronto con usted y su niño/a.

Date Reviewed: _____

Fecha Revisada:

Initials: _____

Iniciales:

Discipline Seen: _____

Disciplina observada:

Date Reviewed: _____

Fecha Revisada:

Initials: _____

Iniciales:

Discipline Seen: _____

Disciplina observada: