

**Antecedentes sociales, de salud & desarrollo - Escuelas Públicas de Walla Walla – CONFIDENCIAL (revisado 6/2014)**

Fecha: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento: Lugar de nacimiento:	Edad	Sexo: ___ Masculino ___ Femenino
Nombre del padre(s):	Domicilio principal:	# tel. principal del padre:	
Ocupación de la madre o tutor legal 1:	Lugar de empleo:	# tel. del trabajo:	
Nivel más alto de educación de la madre o tutor legal 1:			
Ocupación del padre o tutor legal 2:	Lugar de empleo:	# tel. del trabajo:	
Nivel más alto de educación del padre o tutor legal 2:			
El estudiante vive principalmente con ___ Ambos padres ___ Madre/tutor legal 1 ___ Padre/tutor legal 2	Número de niños en la vivienda, INCLUYENDO ESTE NIÑO: _____ Orden de nacimiento del niño: __1 <sup>ro</sup> __2 <sup>do</sup> __3 <sup>ro</sup> __4 <sup>to</sup> __5 <sup>to</sup> __6 <sup>to</sup>		

¿Quién vive en la misma vivienda que este niño? Incluya todos los nombres de ADULTOS Y NIÑOS, edades y relación con el niño.

Nombre	Edad	Relación con el niño
--------	------	----------------------

¿Es el niño de origen hispano o latino? Por favor marque todas las opciones que apliquen.

- NO es hispano/latino  
 Mexicano/Mexicoamericano/Chicano  
 Cubano  
 Centro Americano  
 Dominicano  
 Español  
 Suramericano  
 Latinoamericano  
 Puertorriqueño  
 Otro Hispano/Latino

¿De qué raza(s) considera que es su hijo/a? Por favor marque todas las opciones que apliquen.

- Afroamericano/Negro  
 Blanco  
 Indio Americano/Nativo de Alaska  
 Asiático Americano  
 Isleño del Pacífico  
 Opción no enlistada: \_\_\_\_\_

**Antecedentes maternos y de infancia**

Edad de la madre durante el embarazo _____	¿Enfermedad durante el embarazo? ___ No ___ Sí (especifique por favor):		
Medicamentos tomados durante el embarazo (especifique):	Duración del embarazo: _____ semanas	Duración del parto: _____ horas	¿Complicaciones? ___ No ___ Sí (especifique):
¿Salud del niño como recién nacido? ___ Muy saludable ___ Saludable ___ Poco sano ___ Mala salud	¿Se le dio de alta junto con la madre? ___ No ___ Sí	Peso de nacido: _____ lb _____ oz	
Edad del recién nacido al ser dado de alta _____	¿Complicaciones durante el 1er mes? ___ No ___ Sí (especifique):		

**Antecedentes iniciales/desarrollo del niño**

Indique por favor a qué edad hizo su hijo lo siguiente: Hablar (2 ó más palabras) \_\_\_ meses; Sentarse sin ayuda \_\_\_ meses;

Quedarse de pie sin ayuda \_\_\_ meses; Caminar \_\_\_ meses;

Uso del baño (orinar) \_\_\_ meses; Uso del baño (defecar) \_\_\_ meses (¿Se le dificultó? \_\_\_ No \_\_\_ Sí)

**Lenguaje y experiencias de aprendizaje antes del kínder**

Indique por favor con una "X" si es que; y por cuánto tiempo participó su hijo en cada una de las siguientes experiencias iniciales de aprendizaje pre-kínder:	Nunca	Menos de un año	1 año	2 años	3 años	4 años	5 años
Niño bajo el cuidado de un familiar (distinto al cuidado ocasional)							
Preescolar privado (nombre: _____)							
Head Start							
Early Head Start							
Opción no enlistada (nombre por favor: _____)							

Si su hijo/a participó en cualquiera de estas clases de experiencias iniciales de aprendizaje, ¿tuvo algún reto o problema? \_\_\_ No \_\_\_ Sí (especifique por favor):

¿Qué idioma aprendió primero el niño? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es el idioma natal del padre(s)? \_\_\_\_\_

¿Qué idioma usa/usó el niño en casa antes de la edad de 5 años? \_\_\_\_\_

¿Qué idioma usa/usó el padre(s)/cuidador en casa antes de que el niño cumpliera los 5 años de edad? \_\_\_\_\_

En su opinión, ¿qué idioma entiende mejor su hijo? \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo alguna tarea/quehacer en el hogar? \_\_\_ No \_\_\_ Sí (enliste por favor):

**Circule por favor cualquier palabra o frase que describa a su hijo:** Afectuoso   Tímido   Amigable   Feliz   Retraído   Inactivo

Curioso   Hiperactivo   Impulsivo o conducta explosiva   Lloro fácilmente   Agresivo   Prefiere estar solo   Se frustra con facilidad

Inteligente   Miedoso   Cuidadoso   Se enoja con facilidad   Creativo   Impaciente   Platicador

## Salud física y mental

Fecha del último examen físico: / / 20 Médico: Lugar:

¿Toma el niño algún medicamento? \_\_\_ No \_\_\_ Sí (En caso afirmativo, conteste estas preguntas sobre su condición y medicamentos):  
 Condición: \_\_\_\_\_ Nombre del medicamento: \_\_\_\_\_ Dosis: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

¿Se chupa el dedo este niño? \_\_\_ No \_\_\_ Sí

¿Ha tenido el niño alguna lesión severa, incluyendo trauma en la cabeza? \_\_\_ No \_\_\_ Sí (describa por favor):

¿Ha tenido el niño alguna cirugía? \_\_\_ No \_\_\_ Sí (describa por favor):

¿Ha tenido el niño alguna enfermedad grave? \_\_\_ No \_\_\_ Sí (describa por favor):

¿Ha sido el niño hospitalizado por alguna condición médica? \_\_\_ No \_\_\_ Sí (describa por favor):

¿Ha tenido el niño una consulta con un \_\_\_ psicólogo, \_\_\_ psiquiatra, \_\_\_ consejero? (En caso afirmativo, especifique la fecha y razón):

¿Ha sido este niño diagnosticado con una enfermedad congénita o síndrome? \_\_\_ No \_\_\_ Sí (Especifique la fecha y diagnóstico):

Indique por favor con una "X" las condiciones de salud pasadas y presentes de su hijo.	CIERTO para este niño, pero AHORA NO ES UNA PREOCUPACIÓN ↓	CIERTO para este niño AHORA ↓	Indique con una "X" si algún miembro de la familia ha tenido estas condiciones.	Padre/Madre	Hermano/a	Abuelo/a	Tío/a
Alergias (alimentos/ambiente)			TDAH (ADHD siglas en inglés)				
Anemia			Ansiedad				
Problemas de alimentación			Autismo, incluyendo Asperger				
Problemas de atención			Depresión				
Moja la cama			Problemas de desarrollo				
Resfriados – frecuentes			Síndrome o trastorno genético				
Ceguedad de color			Discapacidad de aprendizaje				
Contusión / conmoción cerebral			Enfermedad mental				
Diabetes			Trastorno neurológico				
Infecciones del oído (¿Tubos? ___ No ___ Sí)			Trastorno de estrés postraumático				
Problemas de la vista (¿Anteojos? ___ No ___ Sí)							
Fiebre por arriba de los 104°			¿Ha tenido el niño una cita con el oculista? ___ No ___ Sí (Nombre del oculista):				
Síndrome o trastorno genético							
Dolores de cabeza			¿Ha tenido el niño una consulta con un especialista del habla /oído? ___ No ___ Sí (Nombre del especialista):				
Pérdida del oído (¿aparatos auditivos? ___ No ___ Sí)							
Hiperactividad			¿Con qué frecuencia come el niño alimentos altos en azúcar? ___ Nunca ___ Rara vez ___ Algunas veces ___ Frecuentemente. ¿Qué alimentos come el niño con frecuencia?				
Meningitis							
Convulsiones							
Problemas de sueño (promedio de horas por noche ___)							
Problemas del habla							
Dolores estomacales							
Otro: _____							

### Factores sociales y del entorno (El entendimiento de estos factores puede ayudarnos a apoyar el crecimiento y aprendizaje del niño)

Indique por favor la veracidad de estas declaraciones en su hijo/a y familia.	Totalmente o siempre	Mucho o con frecuencia	Algo o algunas veces	No mucho o con poca frecuencia	Para nada o nunca	No aplica
Los padres/cuidadores están de acuerdo en las técnicas de crianza.						
Hay problemas familiares que pudieran afectar la conducta del niño.						
El niño tiene una buena relación con la madre/tutor legal 1.						
El niño tiene una buena relación con el padre/tutor legal 2.						
El niño tiene una buena relación con sus hermanos/as.						
Tengo personas a las que acudir cuando se me dificulta la crianza.						
Tengo alguien con quien puedo hablar si tengo preguntas de crianza.						
El niño ha visto adultos golpeando, empujando o pateando a otros.						
El niño ha visto adultos gritándole a otros.						
Hemos tenido nuestras necesidades básicas (comida/refugio/ropa).						
Ahora tenemos nuestras necesidades básicas (comida/refugio/ropa).						
El niño ha experimentado muerte en su familia inmediata.						
El niño ha experimentado un divorcio dentro de la familia inmediata.						
El niño se mudó en los últimos dos años.						
Recibimos ayuda de las agencias locales para nuestras necesidades básicas.						