



CORPORACIÓN ESCOLAR DE LA COMUNIDAD DE SOUTH BEND
Servicios de Educación Especial

**Historial Social y De Desarrollo
Lenguaje y Habla**

Fecha de envío a casa: _____ por: _____

(UN PADRE/GUARDIAN LLENA ESTA SECCIÓN)

Nombre del Niño/a: _____ Escuela: _____

Dirección: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Masc: ____ Fem: ____ Grupo étnico: _____

Nombre de la persona que informa: _____

Parentesco con el niño/a: _____

Información Familiar

Nombre de la Madre: _____ Edad: _ Educación _____

Empleo _____ TEL.: Casa: _____ Celular: _____

Nombre de Padre: _____ Edad: _ Educación _____

Empleo _____ TEL.: Casa: _____ Celular: _____

Estado civil de los padres _____

Si los padres están separados o divorciados, ¿qué edad tenía el niño/a cuando se separaron? _____

¿Es el niño/a adoptado? Si ____ No ____ Si es así, ¿cuándo? _____

¿Ha estado el niño/a en casa de crianza? ____ Si ____ No Si es así, ¿cuándo? _____

¿Con quién? _____

Escriba el nombre de las personas que viven en la casa

Nombre	Parentesco con el Niño/a	Edad
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Lenguaje principal que se habla en casa _____

Otros lenguajes que se hablan en casa _____

¿Hay historia de problemas de aprendizaje y/o de conducta en la familia? Si ____ No ____

i es así, escriba el nombre del familiar(es) y describa: _____

¿Cuáles condiciones en casa pueden estar afectando la comunicación y desempeño del niño/a en la escuela (porejemplo, problemas del matrimonio, conflictos, enfermedad de familiares)?

Historial del Desarrollo/Médico

¿Tiene la madre cualquier historia de problema médico, abuso de droga o alcohol, etc.? Si _____ No _____
De ser así, favor de describir _____

¿Tiene el padre cualquier historia de problema médico, abuso de droga o alcohol, etc.? Si _____ No _____
De ser así, favor de describir: _____

¿Hubo algún problema durante el embarazo? Si _____ No _____

De ser así, favor de describir _____

¿Nació prematuro el niño/a? Si _____ No _____ De ser así, ¿por cuántos meses? _____

¿Cuánto pesó el niño/a al nacer? _____

¿Hubo defectos o complicaciones al nacer? Si _____ No _____ De ser así, favor de describir: _____

Sigue una lista de conductas de niño y pre-escolar. Favor de indicar la edad en que el niño/a mostró cada conducta. Si no está seguro de la edad pero tiene alguna idea, escriba la edad con un signo de interrogación (?). Si no recuerda la edad en que mostró la edad, favor de escribir un signo de interrogación.

Conducta	Edad	Conducta	Edad
Se sentó solo	_____	Juntó varias palabras	_____
Gateó	_____	Aprendió a usar sillita	_____
Caminó solo	_____	Dijo la primera palabra	_____

Describe el desarrollo temprano del lenguaje del niño/a: _____

¿Tiene el niño/a cualquier problema del habla? Si _____ No _____ De ser así, favor de describir _____

¿Recibió antes el niño/a terapia del habla/lenguaje? Si _____ No _____

De ser así, ¿dónde? _____ ¿por cuánto tiempo? _____

¿Recibe actualmente el niño/a terapia del habla/lenguaje? Si _____ No _____

De ser así, ¿dónde? _____

¿Hubo cualquier problema especial de crecimiento/desarrollo del niño/a en los primeros años? Si _____ No _____

De ser así, favor de describir _____

Favor de apuntar cualquier enfermedad, lesión o cirugía seria que el niño/a ha tenido. También apunte la fecha aproximada (o la edad del niño/a en el momento) _____

¿Ha sido hospitalizado el niño/a alguna vez? Si _____ No _____ De ser así, ¿por cuánto tiempo?:

Razón: _____

¿Ha sufrido el niño/a ataques? Si _____ No _____ De ser así, favor de describir: _____

Salud Actual

Médico del Niño/a: _____

¿Tiene actualmente el niño/a cualquier problema médico (enfermedades, etc.)? Si ____ No ____

De ser así, favor de describa: _____

¿Cuándo fue diagnosticado? _____

¿Toma el niño/a algún medicamento regularmente? Si ____ No ____

De ser así, favor de apuntarlos (incluir la dosis) _____

¿Tiene el niño/a algún problema de la vista? Si ____ No ____

¿Tiene el niño/a algún problema de oídos? Si ____ No ____

Fecha de último examen: Doctor/audiólogo _____ Resultados _____

¿Ha tenido alguna vez el niño/a tubos en los oídos? Si ____ No De ser así, ¿Cuándo? _____

Historial Social

¿Ha habido problemas del habla y/o del lenguaje en la familia? Si ____ No ____

De ser así, apunte los miembros de la familia y describa: _____

¿Puede el niño/a comunicar las necesidades? Si ____ No ____

¿Puede el niño/a comunicar las emociones? Si ____ No ____

¿Puede el niño/a pedir ayuda? Si ____ No ____

¿Pide el niño/a información para aprender cosas nuevas? Si ____ No ____

¿Expresa el niño/a las opiniones? Si ____ No ____

¿Usa el niño/a palabras para darles instrucciones a otros? Si ____ No ____

¿Puede el niño/a continuar el asunto de conversación? Si ____ No ____

¿Escucha el niño/a cuando otros hablan? Si ____ No ____

¿Tiene alguna vez el niño/a dificultad de usar el lenguaje para propósitos específicos? Si ____ No ____ De ser así, favor de describir: _____

¿Puede el niño/a jugar y llevarse con los otros niños? Si ____ No ____

¿Cuáles son los mejores días/horas para Ud. reunirse? Días: _____ Horas: _____

No. de teléfono: _____

Favor de devolver esta forma y la forma del Permiso de los Padres para la Evaluación Multidisciplinaria con su firma a la patóloga de habla-lenguaje escolar.