

Please return this completed form to Sue Victor at the JESSE Office as soon as possible. We will also need a copy of your child's birth certificate.  
*Thank you*

Servicios educativos conjuntos en educación especial  
324 Kingston Rd. P.O. Box 418  
Plymouth, IN 46563  
574-936-2627 800-388-0054  
Fax: 574-936-8184

**JESSE EARLY CHILDHOOD/PRESCHOOL PROGRAM  
SOCIAL AND DEVELOPMENTAL HISTORY  
COMPREHENSIVE**

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Genero: M      F

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ etnicidad: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de completar: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Persona completando esta forma: \_\_\_\_\_ Relación con el niño/a \_\_\_\_\_

¿Que le preocupa del niño que lo motivó a solicitar esta evaluación? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo le ha preocupado este problema?  
\_\_\_\_\_

¿Ahi un miembro de la familia con los mismos problemas?  
\_\_\_\_\_

Si es así, liste los nombres y la relación: \_\_\_\_\_

El niño/a ha sido evaluado or recibido ayuda por los problemas corrientes o similares? Si No Si es si diga cuando y con quien: \_\_\_\_\_

Liste las fortalezas de su hijo/a: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Liste los intereses de sus hijo/a: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Doctor de cabecera de su hijo/a: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Otros doctores involucrados: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

**Información de familia:**

Nombre de madre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Educación: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Educación: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre y edades de todos los hermanos y hermanas de el niño/a:

| Nombre: | Edad  | ¿En casa? | Nombre | Edad  | ¿ En Casa? |
|---------|-------|-----------|--------|-------|------------|
| _____   | _____ | SI NO     | _____  | _____ | SI NO      |
| _____   | _____ | SI NO     | _____  | _____ | SI NO      |
| _____   | _____ | SI NO     | _____  | _____ | SI NO      |

¿Describe la relación que tiene el niño/a con sus hermanos/as o los demás en casa?

\_\_\_\_\_ ¿Con quien vive el nino/a?

\_\_\_\_\_ Otros idiomas aparte de Ingles que hablen en casa? SI NO

Si es sí especifique \_\_\_\_\_

¿Ha habido algún cambio significativo en el estado familiar en los últimos 2-3 años?(ejemplo: divorcio, casamiento, nacimientos de otros hermano/a, fallecimiento). Por favor de describir: \_\_\_\_\_

**Historial Familiar:**

Marque enfermedades o condiciones médicas que algún miembro de la familia haya padecido. Identifique el familiar y el parentesco con el niño/a.

|                                |                                  |
|--------------------------------|----------------------------------|
| ___ Problemas Academicos _____ | ___ Problemas emocionales _____  |
| ___ Alcoholismo _____          | ___ Epilepsia _____              |
| ___ Cancer _____               | ___ Problemas del corazon _____  |
| ___ Depression _____           | ___ Enfermedad Neurológica _____ |

\_\_\_ Problemas de desarrollo \_\_\_\_\_      \_\_\_ Intento de suicidio \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_\_      \_\_\_ Otras enfermedades \_\_\_\_\_  
\_\_\_ Problemas con drogas \_\_\_\_\_

**Historial Medico:**

Según el doctor, ¿hubo algo inusual durante el embarazo?    SI    NO    Si es si, liste las condiciones presentes durante el embarazo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

El niño/a fue: \_\_\_\_\_ 40 semanas    \_\_\_ Prematuro- alas cuantas semanas \_\_\_\_\_    \_\_\_ pasado de termino  
Peso de nacimiento \_\_\_\_\_ lbs \_\_\_\_\_ onzas    Peso corriente: \_\_\_\_\_ Lbs.

Su hijo/a tiene un historial de algunas de las siguientes:    \_\_\_ infecciones de oído  
\_\_\_ Amígdalas o Adenoides removidos    \_\_\_ Resfriados crónicos    \_\_\_ Fiebres altas    \_\_\_ Convulsiones  
\_\_\_ problemas al mascar or tragar

¿El niño tiene un diagnóstico médico? ¿Si es si, cual?  
\_\_\_\_\_

Liste hospitalizaciones, cirugías, intervenciones ortopédicas (alargamiento de tejidos blandos, transferencias de tendones, bomba de baclofeno, inyecciones de botox etc.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿El niño/a toma algún medicamento?    SI    NO    Si es si, porfavor de nombres los medicamentos y para qué son:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Enumere cualquier accidente grave que involucre al niño: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Historial de desarrollo:**

¿Su hijo ha dominado independientemente alguna de las siguientes habilidades y, de ser así, a qué edad?  
\_\_\_ se sentó solo    \_\_\_ gateó    \_\_\_ caminó solo    \_\_\_ se paró solo    \_\_\_ se vistió    \_\_\_ se vistió,  
\_\_\_ se alimentó con cuchara o tenedor    \_\_\_ dijo sus primeras palabras    \_\_\_ dijo su primera oración

¿El niño/a hacia ruidos cuando era bebé?    SI    NO

**Vision:**

Le han revisado la vista a su hijo/a? SI NO Resultados: \_\_\_\_\_

Tiene alguna preocupación sobre la visión de su hijo/a? Explique: \_\_\_\_\_

**Audición:** ¿Alguna vez el niño se sometió a una prueba o examen de audición? Si No si es así, ¿cuáles fueron los resultados? \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene tubos en los oídos? Si No Si es así, ¿Cuántas veces, y cuantos años tenía?

\_\_\_\_\_

### **Desarrollo del habla y lenguaje:**

¿Cuándo dijo sus primeras palabras? \_\_\_\_\_

¿Cómo su hijo/a solicita o hace conocer sus necesidades? Ejemplos : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Su hijo tiene dificultades al tragar or alimentándose? Si No Si es así, por favor de describir: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Su hijo/a llama a persona y/o a objetos en su ambiente? Si No Explique: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a intenta imitar a hablar? Si No Explique: \_\_\_\_\_

¿Cuánto de lo que el niño/a dice que usted puede entender? \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a puede seguir instrucciones de un solo paso? Si No Ejemplos: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a puede seguir instrucciones de dos pasos? Si No Ejemplos: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a grita o hace ruidos inusuales? Si No Ejemplos: \_\_\_\_\_

¿Puede escuchar una historia? Si No Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Puede el niño volver a contar la historia? Si No ¿En cuanto detalle? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿ Que tipo de preguntas su hijo/a puede responder? Si No Ejemplos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Es consciente el niño de que su habla es diferente de la de sus compañeros? Si No ¿Si es así, como reacciona? \_\_\_\_\_

**Juego de observación:**

¿Como su hijo/a aprende una nueva actividad? ¿Él/ella aprende por solo mirar o necesita asistencia física? \_\_\_\_\_

¿Después de ver aprendido una actividad necesita ayuda para acordarse como hacerle?

SI NO NO ESTOY SEGURO

¿Su hijo/a use una mano para comer, colorear y lanzar or cambia de mano frecuentemente?

\_\_\_\_\_ Derecha \_\_\_\_\_ Izquierda \_\_\_\_\_ Cambia

¿Cuando su hijo/a sostiene juguetes, crayolas, o utensilios, su hijo usa la punta de los dedos o toda la mano? \_\_\_\_\_

¿Cuanto tiempo dura sentado y jugando? \_\_\_\_\_

¿Con cuáles juguetes le gusta jugar? \_\_\_\_\_

**Comportamiento:**

Su hijo/a tiene miedo inusuales or problemas? SI NO NO ESTOY SEGURO

SI es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Crees que el niño es demasiado activo e inquieto? SI NO NO ESTOY SEGURO

¿Cómo describiría la personalidad de su hijo/a? \_\_\_\_\_

¿Cuando son alguna de las actividades preferidas de su hijo/a? \_\_\_\_\_

¿Cambia su hijo de una actividad a otra con facilidad? SI NO NO ESTOY SEGURO

¿Su hijo demuestra poca atención hacia las actividades deseadas?

SI NO NO ESTOY SEGURO

¿En qué trabajos o tareas participa activamente el niño con una asistencia mínima? (ejemplo: guardar los calcetines, hacer la cama, poner la mesa). \_\_\_\_\_

**SENSORIAL**

|                                                           |    |    |                 |
|-----------------------------------------------------------|----|----|-----------------|
| ¿El niño se molesta por estar sucio?                      | SI | NO | NO ESTOY SEGURO |
| ¿Le molestan al niño las texturas o etiquetas de la ropa? | SI | NO | NO ESTOY SEGURO |
| ¿Le molestan los ruidos fuertes o inesperados?            | SI | NO | NO ESTOY SEGURO |
| ¿El niño está molesto por los olores?                     | SI | NO | NO ESTOY SEGURO |
| ¿A su hijo le gusta una variedad de alimentos?            | SI | NO | NO ESTOY SEGURO |
| ¿Su hijo es demasiado activo?                             | SI | NO | NO ESTOY SEGURO |

**MOTOR FINO**

|                                                   |    |    |                 |
|---------------------------------------------------|----|----|-----------------|
| ¿Su hijo apila bloques?                           | SI | NO | NO ESTOY SEGURO |
| ¿Su hijo/a hace garabatos en una foto?            | SI | NO | NO ESTOY SEGURO |
| ¿El niño copia líneas verticales y horizontales?  | SI | NO | NO ESTOY SEGURO |
| ¿Su hijo corta un papel con tijeras?              | SI | NO | NO ESTOY SEGURO |
| ¿Puede su hijo destornillar la tapa de un frasco? | SI | NO | NO ESTOY SEGURO |
| ¿Puede su hijo trabajar un rompecabezas?          | SI | NO | NO ESTOY SEGURO |

**AUTOAYUDA**

|                                                                     |    |    |                 |
|---------------------------------------------------------------------|----|----|-----------------|
| ¿Bebe su hijo de una taza abierta?                                  | SI | NO | NO ESTOY SEGURO |
| ¿Su hijo usa una cuchara en las comidas?                            | SI | NO | NO ESTOY SEGURO |
| ¿Puede el niño quitarse la ropa solo?                               | SI | NO | NO ESTOY SEGURO |
| ¿Puede su hijo ponerse ropa?                                        | SI | NO | NO ESTOY SEGURO |
| ¿Puede el niño ponerse zapatos?                                     | SI | NO | NO ESTOY SEGURO |
| ¿Puede el niño jalar los pantalones arriba / abajo para ir al baño? | SI | NO | NO ESTOY SEGURO |
| ¿Puede el niño lavarse manos con jabón?                             | SI | NO | NO ESTOY SEGURO |

**Motor grueso**

|                                                                             |    |    |                 |
|-----------------------------------------------------------------------------|----|----|-----------------|
| ¿Puede el niño saltar adelante con ambos pies?                              | SI | NO | NO ESTOY SEGURO |
| ¿Puede el niño patear una pelota?                                           | SI | NO | NO ESTOY SEGURO |
| ¿Puede el niño subir y bajar escaleras con una barandal?                    | SI | NO | NO ESTOY SEGURO |
| ¿Puede el niño caminar a través de una barra de equilibrio?                 | SI | NO | NO ESTOY SEGURO |
| ¿Puede el niño pedalear en un triciclo?                                     | SI | NO | NO ESTOY SEGURO |
| ¿Puede el niño tirar una pelota pequeña hacia adelante?                     | SI | NO | NO ESTOY SEGURO |
| ¿Puede el niño correr sin dificultad?                                       | SI | NO | NO ESTOY SEGURO |
| ¿Puede él / ella acceder de manera segura parque de juegos al aire libre?SI | NO | NO | NO ESTOY SEGURO |

Educación:

Enumere los preescolares o guarderías que ha asistido:

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

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

Su hijo/a disfruta la escuela?    SI    NO    NO ESTOY SEGURO

Su hijo hace bien en la escuela?    SI    NO    NO ESTOY SEGURO

Si es no, por favor explque: \_\_\_\_\_

Agencias o terapeutas que an trabajado con su hijo/a ( del habla, ocupacional, fisica)

| Nombre | Numero telefonico | Tipo de terapia | frecuencia | Fechas |
|--------|-------------------|-----------------|------------|--------|
|--------|-------------------|-----------------|------------|--------|

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Favor de agregar informacion adicional en la parte de atras (hoja en blanco) para ayudarnos a conocer más a su hijo y poder ayudarlo más

Equipo Medico:

Ortesis / Férulas; ¿Su hijo usa ortesis?    \_\_\_\_\_ SI    \_\_\_\_\_ NO

Si no, ¿los ha usado alguna vez en el pasado?.    \_\_\_\_\_ SI    \_\_\_\_\_ NO

| TIPO                     | FECHA RECIBIDO | TIPO                | FECHA RECIBIDO |
|--------------------------|----------------|---------------------|----------------|
| ____ AFO                 | _____          | ____ SMO            | _____          |
| ____ Plantilla de zapato | _____          | ____ ferula de mano | _____          |

\_\_\_\_ Otro(expcifique) \_\_\_\_\_

Equipo adaptivo/duradero: ¿Su hijo/a usa o a usado uno de los siguientes equipos medicos? ¿Por favor marque?

\_\_\_\_ Caminadora    \_\_\_\_ Entrenador para caminar    \_\_\_\_ Ayuda para permanecer parado    \_\_\_\_ silla de ruedas

\_\_\_\_ Silla adaptativa (tal como, para comer, para ir al baño, para bañar, para estar cómodo)

\_\_\_\_ Otros ( especifique)

Otro equipo médico:

\_\_\_\_ lentes    \_\_\_\_ audífonos    \_\_\_\_ traqueostomía    \_\_\_\_ maquina de succion

\_\_\_\_ Tube G    \_\_\_\_ inhalador    \_\_\_\_ nebulizador    \_\_\_\_ ureterostomía

Otros ( especifique): \_\_\_\_\_

## Evaluación de la vista / audición en la primera infancia

### Audición:

- \_\_\_\_\_ 1. el niño mira / aparece cuando se llama el nombre.
- \_\_\_\_\_ 2. El niño se "sentará" cuando lo solicite un adulto.
- \_\_\_\_\_ 3. El niño me "mirará" cuando lo solicite un adulto.
- \_\_\_\_\_ 4. Mira la boca del hablante cuando habla.
- \_\_\_\_\_ 5. Gira la cabeza cuando se escucha el sonido en otro lugar de la habitación.
- \_\_\_\_\_ 6. Utiliza el spec nasal
- \_\_\_\_\_ 7. Pide que las cosas se repitan
- \_\_\_\_\_ 8. Habla en voz alta
- \_\_\_\_\_ 9. Puede responder cuando un adulto hace preguntas en susurros.
- \_\_\_\_\_ 10. ¿Se observa drenaje de orejas en el niño?

### Preguntas de los padres:

- \_\_\_\_\_ 11. ¿ Historia de infecciones de oído frecuentes?
- \_\_\_\_\_ 12. ¿ el padre ha sospechado un problema con la audición?
- \_\_\_\_\_ 13. ¿Algún tipo de siguria?

### Vision

- \_\_\_\_\_ 1. Mantiene el contacto visual.
- \_\_\_\_\_ 2. Mantiene la distancia adecuada de la cabeza cuando trabaja.
- \_\_\_\_\_ 3. Sostiene un libro cerca de los ojos para ver objetos.
- \_\_\_\_\_ 4. Puede rastrear objetos de izquierda a derecha.
- \_\_\_\_\_ 5. Puede rastrear objetos arriba y abajo.
- \_\_\_\_\_ 6. Gira la cabeza hacia un lado en lugar de hacia los ojos para ver objetos.
- \_\_\_\_\_ 7. Mira las cosas con la cabeza vuelta del lado de los ojos.
- \_\_\_\_\_ 8. El niño mueve el objeto más cerca para enfocar.
- \_\_\_\_\_ 9. Puede ver cosas a la distancia de escritorio / mesa.
- \_\_\_\_\_ 10. Puede ver cosas al otro lado de la sala cuando se le pregunte.
- \_\_\_\_\_ 11. Cualquier lagrimeo de esclerótica (blanco de ojos)
- \_\_\_\_\_ 12. Amblyopia (ojo huevon).



Preguntas de los padres:

\_\_\_\_\_ 13. Algún tipo de cirugía.

\_\_\_\_\_ 14. ¿Los padres han sospechado problemas con la visión?

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Completado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_