

## CENTRO DE CONSEJERÍA SAMARITAN

### FORMULARIO DE LA HISTORIA DEL DESARROLLO

**POR FAVOR COMPLETE ESTE FORMULARIO. NOTE QUE TIENE DOS LADOS. SI USTED TIENE ALGUNA PREGUNTA, POR FAVOR PREGUNTE AL TERAPISTA DE SU NIÑO O NIÑA.**

Persona que llenó este formulario		Fecha
-----------------------------------	--	-------

Nombre de Niño o Niña		# de Archivo
-----------------------	--	--------------

El niño o la niña fue adoptada	Sí	No
Si fue adoptado/a, a qué edad		
Si fue adoptado/a, con hermanos o hermanas (por favor haga lista de edades)		

#### **DURANTE EL EMBARAZO, LA MADRE DEL NIÑO O DE LA NIÑA EXPERIMENTÓ**

Estrés severo	Sí	No
Problemas de salud mental	Sí	No
Enfermedad física	Sí	No
Lesión física	Sí	No
Uso de medicina recetada	Sí	No
Uso de cafeína	Sí	No
Uso de nicotina	Sí	No
Uso de alcohol	Sí	No
¿Usó alcohol el padre del niño o niña antes de la concepción?	Sí	No
Uso de drogas	Sí	No

#### **ESTAR DE PARTO Y DURANTE EL PARTO**

Hubo señas de angustia fetal durante el embarazo	Sí	No
El niño o la niña se cargó el termino completo	Sí	No
Hubo señas de angustia fetal al estar de parto o durante el parto	Sí	No
Hubo complicaciones durante el parto	Sí	No

Número de horas desde los dolores iniciales del parto hasta el nacimiento	
Peso del niño o niña al nacer	
Edad de la madre cuando nació el niño o niña	

**INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL NACIMIENTO Y DURANTE LOS SIGUIENTES DÍAS, EL NIÑO O LA NIÑA**

Tuvo problemas para respirar	Sí	No
Tuvo una infección	Sí	No
Tuvo ataques	Sí	No
Se le dieron medicamentos	Sí	No
Se le encontró que tenía un defecto de nacimiento congénito	Sí	No
Estuvo en el hospital por varios días	Sí	No

**EN CUALQUIER TIEMPO DURANTE LOS PRIMEROS 12 MESES, FUE EL NIÑO O LA NIÑA**

Difícil de alimentar	Sí	No
Difícil de dormir	Sí	No
De muchos cólicos	Sí	No
Difícil de colocar en un horario	Sí	No
Alerta	Sí	No
Risueño o risueña	Sí	No
Afectuoso o afectuosa	Sí	No
Sociable	Sí	No
Fácil de reconfortar	Sí	No
Difícil de mantener ocupado u ocupada	Sí	No
Muy activo o activa	Sí	No
Muy terco o terca	Sí	No

**A QUE EDAD EL NIÑO O LA NIÑA**

Se sentó sin ayuda	
--------------------	--

Gateó		
Caminó sin ayuda		
Habló con una o dos palabras		
Habló en oraciones de varias palabras		
Comenzó y terminó aprendiendo a usar el inodoro para orinar		
Comenzó y terminó aprendiendo a usar el inodoro para defecar		
Como se puede describir el proceso total del entrenamiento de usar el baño		
Desde el dominio del uso del baño, el niño o la niña ha mojado o ensuciado la cama o la ropa	Sí	No
Desde el dominio del uso del baño, el niño o la niña ha jugado o untado heces	Sí	No

**AL AÑO DE EDAD, CÓMO RESPONDIÓ TÍPICAMENTE A SEPARACIONES DEL CUIDADOR PRINCIPAL**

Se separó fácilmente sin angustia	Sí	No
Fue vacilante y algo pegado/a, pero se separó sin angustia obvia	Sí	No
Fue algo resistente y pegado/a, aún con lagrimas, pero se le consoló fácilmente	Sí	No
Fue muy resistente, pegado/a, y alterado/a y no se le consoló fácilmente	Sí	No
Se comportó de maneras raras, inusitadas e inconsistentes	Sí	No

**AL AÑO DE EDAD, CÓMO RESPONDIÓ TÍPICAMENTE A REUNIONES CON EL CUIDADOR PRINCIPAL**

Se aproximó al o a la cuidadora de una manera obviamente positiva	Si	No
Activamente esquivó al o a la cuidador	Si	No
Inseguro o insegura si aproximarse o esquivar al o a la cuidador	Si	No
Se comportó de maneras raras, inusitadas e inconsistentes	Si	No

**TUVO EL NIÑO O LA NIÑA ALGÚN PROBLEMA DE SEPARACIÓN O REUNIÓN EN LAS SIGUIENTES OCASIONES**

Cuando comenzó la guardería o la preescolar	Si	No
Cuando comenzó el kinder	Si	No
Cuando comenzó el 1 <sup>er</sup> grado	Si	No

**HABLANDO GENERALMENTE ACERCA DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO O LA NIÑA**

En respuesta a una situación nueva, el niño o la niña típicamente	Se aproxima		Esquiva
El niño o la niña típicamente prefiere	La compañía de otros		Soledad
El nivel de energía del niño o de la niña típicamente es	Bajo	Normal	Alto
El niño o la niña trata de molestar a los cuidadores a propósito	Sí		No

**HA EXPERIMENTADO EL NIÑO O LA NIÑA**

Más de un entorno de guardería o de la preescolar	Sí	No
Si lo ha hecho, cuantos entornos de guardería o de la preescolar		
Separaciones de largo término de un miembro de la familia	Sí	No
La muerte de un miembro de la familia	Sí	No
Negligencia	Sí	No
Abuso verbal	Sí	No
Abuso físico	Sí	No
Abuso sexual	Sí	No
Un accidente serio	Sí	No
Cualquier otra experiencia traumática	Sí	No
Si es así, que tipo		

**EL NIÑO O LA NIÑA HA SIDO TESTIGO O TESTIGA DE**

Violencia doméstica	Sí	No
Actividad criminal	Sí	No
Un accidente serio	Sí	No
Cualquier otro evento traumático	Sí	No
Si es así, qué tipo		

**EN LA ESCUELA, EL NIÑO O LA NIÑA HA**

Tenido problemas de aprendizaje	Sí	No
Recibido servicios de educación especial	Sí	No
Negado ir a la escuela	Sí	No
Tenido problemas siguiendo las instrucciones del maestro o de la maestra	Sí	No
Tenido problemas de llevarse bien con otros estudiantes	Sí	No
Sido detenido o detenida	Sí	No

**EL NIÑO O LA NIÑA HA TENIDO CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DE LA SALUD**

Enfermedad seria	Nunca	Pasado	Presente
Lesión seria	Nunca	Pasado	Presente
Hospitalización	Nunca	Pasado	Presente
Cirugía	Nunca	Pasado	Presente
Lesión de la cabeza con pérdida de conciencia	Nunca	Pasado	Presente
Asma	Nunca	Pasado	Presente
Alergias	Nunca	Pasado	Presente
Diabetes	Nunca	Pasado	Presente
Epilepsia	Nunca	Pasado	Presente
Ataques	Nunca	Pasado	Presente
Problemas cardíacos	Nunca	Pasado	Presente
Temperaturas altas	Nunca	Pasado	Presente
Intoxicación de plomo	Nunca	Pasado	Presente
Problemas de hablar o de lenguaje	Nunca	Pasado	Presente
Infecciones crónicas de los oídos	Nunca	Pasado	Presente
Dificultades de audición	Nunca	Pasado	Presente
Problemas de visión	Nunca	Pasado	Presente
Problemas de los motores finos	Nunca	Pasado	Presente
Problemas graves de los motores	Nunca	Pasado	Presente

Problemas del apetito	Nunca	Pasado	Presente
Problemas para dormir	Nunca	Pasado	Presente
Problema inducido por medicamentos	Nunca	Pasado	Presente
Problema inducido por el alcohol	Nunca	Pasado	Presente
Problema inducido por drogas	Nunca	Pasado	Presente
Otros problemas médicos			

**LISTA DE LOS FAMILIARES DEL NIÑO O LA NIÑA QUE HAN TENIDO CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DE LA SALUD MENTAL**

Problema	Miembro(s) de la Familia
Autismo	
Ansiedad	
ADHD	
Alcoholismo	
Depresión	
Abuso de drogas	
Desorden alimenticio	
Discapacidades de aprendizaje	
Retraso mental	
Comportamiento inusitado	
Pensamiento inusitado	
Suicidio	

Comentarios adicionales