

Estimados Padres de:

Para que podamos programar adecuadamente una cita para su hijo, necesitaremos la siguiente información. Esta información nos ayudará a determinar la cita más adecuada para su hijo. Una vez recibida esta información, requerimos 10 días hábiles para revisarla. Sobre la base de la revisión de este paquete de admisión, nos comunicaremos con usted para hacer una cita. Si se determina que las necesidades de su hijo se atienden mejor en otro lugar, trataremos de dirigirlo hacia los recursos apropiados

**Si por alguna razón usted decide no continuar con el proceso de evaluación, notifique a nuestra oficina.**

Por favor envíe lo siguiente con el paquete completado:

* Reportes Informes / evaluaciones de intervención temprana (si corresponde)
* Reportes Informes / evaluaciones de unidades intermedias (si corresponde)
* Custodia / trámites de adopción (si corresponde)

Referido de su Doctor Primario

Si su hijo ha sido evaluado por otro pediatra del desarrollo, envíe copias de esos informes a nuestra oficina.

**Si tiene un seguro privado o paga por cuenta propia, se espera un pago completo al momento del servicio para poder mantener su cita.**

*Los formularios incompletos se devolverán para completar, lo que dará lugar a un retraso en el procesamiento. Si necesita ayuda para completar el formulario, comuníquese con nuestra oficina.*

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

Persona completando formulario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relacion al nino/a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre legal de nino/a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Edad:\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Genero:\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

Lenguaje preferido:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lenguaje escrito: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Necesita interprete?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Rasa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ethnicity: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono primario : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ Numero de cellular: \_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_

Condado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Distrito Escolar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Usted nos da permiso para dejar mensajes en su caja de mensajes?  Si  No \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(iniciales)

Correo electronico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Para acceso a St.Luke’s MyChart)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Hay problemas de custodia u órdenes de protección que debamos conocer?**  Yes\*  No

\* En caso afirmativo, describa (se requiere copia de las órdenes judiciales):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Guardian Legal(s):  Madre  Padre  Otro (especificar):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Guardian 1 : Apellido\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_Primer nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_ Guardian Legal ? :  Si  No

Direccion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Misma que el nino/a

Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo Electronico :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleado:  Tiempo-Completo  Tiempo Parcial  Otro Empleo

Nombre de su Empleador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Guardian Legal(s):  Madre  Padre  Otro (especificar):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Guardian 1 : Apellido\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_Primer nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento:\_\_\_\_\_\_ \_ Guardian Legal ? :  Si  No

Direccion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Misma que el nino/a

Telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo Electronico :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleado:  Tiempo-Completo  Tiempo Parcial  Otro Empleo

Nombre de su Empleador:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado Civil :  Casados  Divorciado  Separado  Nunca casado  Viudo

Cuidadores de niños:  Biologico  Adoptivo  Foster  Otro

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Doctor de primaria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direccion de Doctor de primaria:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Seguro primario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Policy #:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Group #:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Seguro secundario:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Policy #:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Group #:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\* Por favor complete este formulario en su totalidad.**

**La composición familiar**

**Family Composition**

 Por favor marque aquellos con quienes vive el niño (Escriba los nombres):

Please check those with whom the child lives (Write in names):

 Madre Biologica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Padre Biologico:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_

 Madrasta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_  Padrasto:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_

 Madre Adoptiva:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Padre Adoptivo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_

 Abuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Abuelo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

 Guardian(s):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_  Otro(s):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_

Nombre completo del padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Hermanas/Hermanos/Siblings** |
| Nombre (Primero & Apellido) | Genero(Gender) | Completo, medio o, adoptivo (¿si es medio, materno o paterno ) | Años | Fecha de nacimiento | Cuestiones médicas o de comportamiento | Vive en la casa(Live in house) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**¿Su hijo asiste a alguno de los siguientes?** (Does your child attend any of the following?):

 Cuidado de nino (dia y horas que atiende):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Daycare (list days/times child attends)

 Programa antes o despues de la escuela:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Before or After-school program

 Actividades extracurriculares:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Extracurricular Activities

Hay algun evento estresante notable que el nino o la familia este experimentando o haya experimentado actualmente? (Are there any notable current or previous stressful events)  Si/yes  No

En caso afirmativo expliquelo porfavor (If yes, please explain):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Hay algo más que quiera que sepamos sobre su hijo o familia en este momento? (Is there anything you would like us to know about your child or family at this time?) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historia médica y psiquiátrica de la familia biológica.**

Biological Family Medical and Psychiatric History

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **¿Alguien en la familia biológica de este niño tiene:**  | **Si** | **No** | **¿Relación con el niño? Por favor especifique materno o paterno.** |
| **ADHD / ADD o problemas de atención**ADHD/ADD or Attentional Issues |  |  |  |
| **Abuso de alcohol /**Alcohol Abuse |  |  |  |
| **Ansiedad** /Anxiety |  |  |  |
| **Arritmia o problemas cardíacos antes de los 50 años. Si es así, describe. /**Arrhythmia or heart problems before 50y |  |  |  |
| **Desórdenes del espectro autista/** Autism Spectrum Disorder |  |  |  |
| **Problemas de comportamiento o problemas con la ley/**Behavior Problems or Trouble with the law |  |  |  |
| **Desorden bipolar/** Bipolar Disorder |  |  |  |
| **Defectos de nacimiento/** Birth Defects |  |  |  |
| **Depresión/** Depression |  |  |  |
| **Retrasos en el desarrollo (caminante tardío / hablador)/**Developmental Delays (late walker/talker) |  |  |  |
| **Diabetes** |  |  |  |
| **Abuso de drogas/** Drug Abuse |  |  |  |
| **Abuso emocional/** Emotional Abuse |  |  |  |
| **Diagnostico genético/** Genetic Diagnosis |  |  |  |
| **Discapacidad intelectual (anteriormente retraso mental)/** Intellectual Disability (formerly mental retardation) |  |  |  |
| **Dificultades de aprendizaje o discapacidad (lectura, escritura, matemáticas, etc.)/** Learning Difficulties or disability (reading, writing, math, etc.) |  |  |  |
| **Obesidad/** Obesity |  |  |  |
| **Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)/**Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) |  |  |  |
| **Abuso físico/** Physical Abuse |  |  |  |
| **Esquizofrenia/** Schizophrenia |  |  |  |
| **Convulsiones/Epilepsia /**Seizures/epilepsy |  |  |  |
| **Abuso Sexual/** Sexual Abuse |  |  |  |
| **Muerte subita antes de los 50 anos/**Sudden Death before Age 50 |  |  |  |
| **Tics syndrome de tourettes/**Tics/Tourette’s Syndrome |  |  |  |
| **Otras condiciones de diagnostico especifican/** OtherConditions/Diagnoses  |  |  |  |

**Razon de la visita**

Quien lo remitio inicialmente a nuestra oficina para una evaluacion?

Who initially referred you to our office for an evaluation?

 Doctor Primario (PCP)  Psicologo/Consejero (Psycholgist/Counselor)  Escuela (School)

 Otro (Especificar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Motivo de la derivacion. Por favor, sea lo mas especifico possible (Reason for referral): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha hablado con el medico de atencion primaria de su hijo sobre sus inquietudes? (Have you spoken with your child’s primary doctor about your concerns):  Si  No

Cuantos anos/Cuando se notaron por primerz vez las preocupaciones sobre su hijo (What age/When were the concerns about your child first noted?) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Parental Concerns** |
| Cuales son sus 3 principales preocupaciones con respeto a su hijo (Top 3 concerns)? |
| 1. |
| 2. |
| 3. |
| Cuales son las 3 principales fortalezas de su hijo (Top 3 strengths)? |
| 1. |
| 2. |
| 3. |

|  |
| --- |
| **Objetivos de Tratamiento** |
| Busca servicios de evaluacion/diagnostico?Are you seeking an evaluation/diagnostic services?  |  Si |  No |
| Estas buscando asesoramiento/terapia?Are you seeking information on counseling/therapy?  |  Si |  No |
| Esta buscando medicamentos,consultas y/o gestion?Are you seeking medication, consultation and/or management?  |  Si |  No |
| Estas buscando una segunda opinion?Are you seeking a second opinion? |  Si\* |  No |
| **\*En caso afirmativo, necesitaremos una copia de la evaluacion inicial (If you are seeking a second opinion, please send a copy of the initial assessment).**  |
|

|  |
| --- |
| Hay algo fuera de lo anterior que espera obtener de sus visitas a nuestra oficina (Is there anything outside of the above that you are hoping to get from your visit with our office)?  |

 |

|  |
| --- |
| **Preocupaciones Especificas** **Specific Concerns** |
| Nuestra oficina Brinda una variedad de servicios. Para evaluar mejor si podemos satisfacer sus necesidades, ayudenos a comprender sus inquietudes especificas.  |
| **Le preocupa algo de lo siguiente?**Are you concerned about any of the following?: | **Si** | **No** | **Describir/ Please describe** |
| **Ansiedad/** Anxiety |  |  |  |
| **Dificultades de atencion/** Attention difficulties |  |  |  |
| **Retos de comportamiento/** Behavioral challenges |  |  |  |
| **Hiperactividad o impulsividad/** Hyperactivity or impulsivity |  |  |  |
| **Dificultades de aprendizaje/** Learning difficulties |  |  |  |
| **Humor o irritabilidad/** Moodiness or irritability |  |  |  |
| **Problemas escolares/** School problems |  |  |  |
| **Estresores situacionales/** Situational stressors |  |  |  |
| **Dificultades para dormir/** Sleep difficulties |  |  |  |
| **Dificultades sociales/** Social difficulties |  |  |  |
| **Tics Nervioso/** Tics  |  |  |  |
| **Dificultades para entrenar al bano/** Toilet training difficulties |  |  |  |
| **Otro especificar/** Other (specify): |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Diagnosticos del desarrollo del comportamiento****Developmental- Behavioral Diagnosis** |
| **Alguna vez le han diagnosticado a su hijo alguno de los siguientes? Si hay “inquietudes”, aunque no diagnosticadas, marque “inquietudes”.**Has your child ever been diagnosed with any of the following? | **Si** | **No** | **Inquietudes, no diagnosis** Concerns, not diagnosed | **Fecha de diagnosis**Date | **Por Quien?**By who |
| **Trastorno de Ansiedad/** Anxiety Disorder |  |  |  |  |  |
| **Desorden hiperactivo y deficit de atencion**/ADHD |  |  |  |  |  |
| **Desorden del espectro Autista/** ASD(incluye trastonor autista/autismo, syndrome de Asperger, trastorno generalizado del desarrollo, no especificado) |  |  |  |  |  |
| **Desorden Bipolar/** Bipolar Disorder |  |  |  |  |  |
| **Depresion/** Depression |  |  |  |  |  |
| **Retraso en el Desarrollo/** Developmental Delay |  |  |  |  |  |
| **Discapacidad intellectual (anteriormente retraso mental)/** Intellectual Disability |  |  |  |  |  |
| **Trastorno del Lenguaje** Language Disorder |  |  |  |  |  |
| **Discapacidad de aprendizaje/** Learning Disability |  |  |  |  |  |
| **Desorden de Animo/** Mood Disorder |  |  |  |  |  |
| **Trastorno obsesivo-compulsivo/** OCD |  |  |  |  |  |
| **Trastorno de aposicion desafiante/** ODD |  |  |  |  |  |
| **Otro (especificar)** Other (specify): |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Historial de medicamento****Medication History**  |
| **Toma su** hijo suplementos o medicamentos para la falta de atencion, ansiedad, comportamienot, estado de animo o para dormir?Does your child take any supplements or medications for inattention, anxiety, behavior, mood or sleep? | Si\* | No |
| \*Enumere **todos los medicamentos y suplementos** que su hijo esta tomando actualmente.  |
| **Nombre de medicamento** | **Motivo de tomar**  | **Dosis**  | **Frecuencia**  | **Periodo tomado**  | **Prescrito por quien?** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Ha tomado** su hijo previamente medicamentos o suplementos para estas preocupaciones**? Has** your child previously taken medications or supplements for these concerns? | Si\* | No |
| \*Enumere **todos los medicamentos y suplementos** que su hijo haya tomado **previamente** por falta de atencion, ansiedad, comportamiento, estado de animo, o sueno.  |
| **Nombre de medicamento** | **Motivo de la interrupcion** | **Dosis** | **Frecuencia** | **Periodo tomado** | **Prescrito por quien?** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Evaluaciones Profesionales****Professional Evaluations** |
| **Su hijo ha sido evaluado previamente por alguos de los siguientes proveedores? (Marque todo lo que corresponda y proporcione copias de los informes)**Has your child previously been evaluated by any of the following providers? (Please check all that apply and provide copies of reports) |
|  | Evaluaciones Previas | Nombre de Proveedor | Fecha de Evaluacion | Diagnostico |
| **Pediatra del Desarrollo**Developmental Pediatrician (CHOP, LVPG, St Christopher, other) | Si | No |  |  |  |
| **Neurologo** Neurologist | Si | No |  |  |  |
| **Psiquiatra** Psychiatrist | Si | No |  |  |  |
| **Psicologo** Psychologist | Si | No |  |  |  |
| **Terapeuta del habla** SLP | Si | No |  |  |  |
| **Terapeuta Ocupacional** OT | Si | No |  |  |  |
| **Fisioterapeuta** PT | Si | No |  |  |  |
| **Terapeuta de alimentacion**Feeding Therapist | Si | No |  |  |  |
| **Otro** Other (GI, Pulm, vision, Audiology, Cardiology, ENT,etc): | Si | No |  |  |  |
| **Servicios de asesoramiento****Counseling Services** |
| Su hijo esta reciviendo actualmente o ha recibido anteriormente servicios de asesoramiento, ya sea de forma privada o a traves del distrito escolar?Is your child currently receiving or previously received counseling services –privately or through the school district? | Si\* | No |
| \*En caso afirmativo, indique el nombre del terapeuta y las fechas de atencion:\*If yes, indicate name of therapist and dates seen: |

|  |
| --- |
| **Examen Medico: Incluyendo, entre otros, EEG, MRI, Tomografia computarizada, EKG, pruebas geneticas o metabolicas, etc.**Medical Test: including, but not limited to EEG, MRI, CT scan, EKG, genetic or metabolic testing, etc. |
| **Ano** | **Tipo de prueba** | **Donde se hizo**  | **Resultados** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Prueba de plomo: (Lead Testing)**Fecha del ultimo nivel de plomo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Resultados:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cualquier historial de nivel de plomo elevado ? Si No En caso afirmativo, nivel maximo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Prueba de Audicion: (Hearing Testing)**Pasó la pantalla de audición para recién nacidos?  Si  NoHa pasado el nino las pantallas auditivas a traves del medico o la escuela?  Si NoSe han realizado pruebas de audición formales en el centro de habla / audición o ENT? Si NoEn caso afirmativo, fecha de finalizacion:*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

|  |
| --- |
| **Alguna hospitazlizacion o cirugia?****Any Hospitalizations or Surgeries?** |
| **Fecha** | **Razon** | **Ubicacion** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Embarazo, Parto y Antecedents de Parto****Pregnancy, Labor and Delivery History** | **Si** | **No** | **Comentarios**  |
| Edad de la madre cuando el nino nacio \_\_\_ anos.Age of mother when child was born \_\_\_\_ years |  |  |  |
| Es este nino un gemelo o un trio?Is this child a twin or triplet? |  |  |  |
| Algun problema con otros embarazos?Abortos espontaneos?Any problems with other pregnancies? Miscarriages? |  |  |  |
| Uso fertilizacion in vitro o otro metodo de concepcion?Use in vitro fertilization or other method of conception? |  |  |  |
| Hubo algun problema durante este embarazo?Were there any problems during this pregnancy? |  |  |  |
| Alguna medicacion prescrita? Por que?Any medications prescribed? Why? |  |  |  |
| Diabetes gestacional?Gestational diabetes ? |  |  |  |
| Algun problema con la presion arterial o toxemia?Any problems with blood pressure or toxemia? |  |  |  |
| Alguna problema con infecciones (incluido el herpes)?Any problems with infections (including herpes)? |  |  |  |
| Fumar durante el embarazo? (cuantos paquetes por dia)? Smoking during pregnancy? (How many packs per day)? |  |  |  |
| Consumio alcohol (cerveza,vino,etc.) durante el embarazo?Alcohol Consumed (beer, wine, etc.) during pregnancy? |  |  |  |
| Alguna droga de la calle (marihuana,cocaine, etc.) utilizada? Any street drugs (marijuana, cocaine, etc.)  |  |  |  |
| Algun problema durante el parto o el parto?Any problems during labor or delivery? |  |  |  |
| Parto por cesarean? Por que? Cesarean delivery? Why? |  |  |  |
| Nombre del hospital (Name of hospital): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado:\_\_\_\_ |
| Peso de Nacimiento (birth weight)? \_\_lbs. \_\_\_onz. El bebe nacio a las \_\_\_\_ semanas (weeks born at) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Historia del recien nacido****Newborn History** | **Si** | **No** | **Comentarios** |
| Hubo algun problema al nacer o como recien nacido? (problems at birth or as newborn) |  |  |  |
| Se notaron defectos congenitos o lesiones congenitas? (birth defects or injuries) |  |  |  |
| Poner en cuidados especiales o cuidados intensivos? En caso afirmativo, cuantos dias? \_\_\_ (Special care or intensive care? how many days?) |  |  |  |
| Tuvo ictericia y necesita fototerapis?(Jaundice and need phototherapy) |  |  |  |
| **Historia del recien nacido****Newborn History** | **Si** | **No** | **Comentarios** |
| Muy nervioso o letargico como un recien nacido? (Very jittery or lethargic as a newborn?) |  |  |  |
| El bebe tuvo que quedarse dias extra en el hospital? \*En caso afirmativo, cuantos dias? \_\_\_\_ (Extra days in the hospital? \*how many days?) |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Sintomas Medicos Actuales o Pasados****Current or Past Medical Symptoms** |
|  | **Si** | **No** | **Comentarios** |
| Problemas medicos graves/cronicos? En caso afirmativo, describa:(Serious/chronic medical problems? Describe) |  |  |  |
| Enfermedad o infeccion grave(Serious illness or infection) |  |  |  |
| Lesiones graves, quemaduras o huesos rotos?(Serious injury, burns, or broken bones?) |  |  |  |
| Problemas geneticos? (Known genetic problems) |  |  |  |
| Ha sido normal el crecimiento? (growth normal?) |  |  |  |
| Pequeno para la edad o bajo peso?(Small for age or underweight?) |  |  |  |
| Grande para la edad o con sobrepeso?(Large for age or overweight?) |  |  |  |
| Lesion en la cabeza, perdida de conciencia, conmocion cerebral? (Head injury, loss of consciousness, concussion?) |  |  |  |
| Mirado hechizos? (Staring spells?) |  |  |  |
| Convulsiones? (Seizures or convulsions?) |  |  |  |
| Dolores de cabeza o migranas frecuentes?(Frequent headaches or migraines?) |  |  |  |
| Problemas con los ojos o la vision? (Problems with eyes or vision?) |  |  |  |
| Problemas con la audicion? (Problems with hearing?) |  |  |  |
| Tics motores (parapadeo, inclinacion de la cabeza, moviemientos del brazo, etc.) ?(Motor tics: blinking, head tilt, arm movements?) |  |  |  |
| Tics vocales (olfatear, grunir, aclararse la garganta)? (Vocal tics: sniffing, grunting, throat clearing?) |  |  |  |
| Problemas de dientes o caries? (Tooth issues or cavities?) |  |  |  |
| Se cepilla los dientes al menos dos veces al dia?(Brushes teeth at least twice a day) |  |  |  |
| Ve al dentista regularmente para recibir atencion rutina? (Regularly sees dentist for routine care) |  |  |  |
| Infecciones frecuentes del oido con antibioticos cronicos y/o tubos? (Frequent ear infections, chronic antibiotics, tubes) |  |  |  |
|  |
| **Sintomas Medicos Actuales o Pasados (continuacion)** |
|  | **Si** | **No** | **Comentarios** |
| Problemas respiratorios o pulmonares (asma,neumonia, etc.)? (Respiratory/lung problems) |  |  |  |
| Problemas cardiacos o arritmias? (Heart problems or arrhythmias) |  |  |  |
| Mareos o desmayos? (Dizziness or fainting spells) |  |  |  |
| Reflujo gastroesofagico? (Gastroesophageal reflux) |  |  |  |
| Episodios inexplicables o recurrentes de vomitos? (Recurrent or unexplained vomiting) |  |  |  |
| Estrenimiento? (Constipation) |  |  |  |
| Diarrea o otros problemas intestinalis?(Diarrhea or other bowel problems) |  |  |  |
| Sucia los pantalones o tiene accidentes intestinalis? (Soils pants or has bowel accidents) |  |  |  |
| Incontinencia urinaria diurna (pantalones “mojados”)? (Soils pants or has bowel accident?) |  |  |  |
| Moja en la noche? (Wets at night) |  |  |  |
| Problemas de tiroides u hormonas? (Thyroid or hormone problems) |  |  |  |
| Cuerpo suelto o flojo? (Loose or floppy body) |  |  |  |
| Cuerpo rigido? (Rigid/stiff body) |  |  |  |
| Dolores en las piernas? (Leg pains) |  |  |  |
| Marcas de nacimiento? (Birth marks) |  |  |  |
| Problemas de la piel? (Skin problems) |  |  |  |
| Las bacunas estan actualizadas? (Immunizations to-date) |  |  |  |
| Reaccion inusual a las vacunas? (Unusual reaction to immunizations) |  |  |  |
| Exposicion conocidad a quimicos toxicos o venenos?(Known exposure to toxic chemicals or poisons) |  |  |  |
| Uso actual o pasado de Tabaco, alcohol o drogas? (Current or past use of tobacco, alcohol or drugs) |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Historia del Sueno (Sleep History)** |
|  | **Si**  | **No** | **Comentarios** |
| Tiene su hijo problemas para conciliar el sueno?(Does your child have trouble falling asleep?) |  |  |  |
| Su hijo tiene pesadilas frecuentes? (nightmares) | o | o |  |
| Tiene su hijo problemas para quedarse dormido/caminar de noche? (Trouble staying asleep/sleep walking?) |  |  |  |
| Tu hijo se despierta temprano en la manana?(Does your child wake up early) |  |  |  |
| Ronca su hijo? (Does your child snore) |  |  |  |
| Tiene su hijo dificultades para despertarse por la manana? (Difficulty waking up early) |  |  |  |
| Su hijo tiene fatiga durante el dia? (daytime fatigue or nap) |  |  |  |
|  |
| **Historia del Sueno (continuacion)** |
|  | **Si**  | **No** | **Comentarios** |
| Tiene su hijo algun terroers nocturnos o caminar dormido? (night terrors or sleep walking) |  |  |  |
| Hay alguien presente cuando su hijo se duerme?(Is anyone present when your child falls asleep?) |  |  |  |
| Describa donde duerme su hijo? (Describe where does your child sleeps?) |  |

|  |
| --- |
|  **Nutricion/Dieta - Nutrition/Diet** |
|  | **Si**  | **No** | **Comentarios** |
| Alguna historia o dificultades actuals de alimentacion?(Any history of or current feeding/eating difficulties) |  |  |  |
| Es el nino un quisquilloso? (Is the child a picky eater) |  |  |  |
| Come el nino de todos los grupos de alimentos (carne/proteina, lacteos, carbohidratos, frutas, verduras)?(Does the child eat from all food groups) |  |  |  |
| Alguna modificacion dietetica especial? En caso afirmativo, especificque. (Dietary modifications) |  |  |  |
| Toma vitaminas o suplementos? En caso afirmativo, especifique. (Vitamins or supplements) |  |  |  |
| **Enumere algunos de los alimentos de cada grupo de alimentos que el nino come regularmente:****Below please list some of the foods from each food group that the child regularly eats:** |
| Carnes/Proteinas (Meats/proteins): |
| Leche or alternativa lacteas (Dairy or dairy alternative): |
| Carbohidratos (Carbohydrates: pasta, rice, crackers):  |
| Frutas (Fruits): |
| Vegetales (Vegetables) |
| **Nutricion/Dieta- Nutrition/Diet** |
| Cual es la principal fuente de hierro del nino? (Las fuentes communes incluyen carnes rojas, vegetales de hoja verde,frijoles/legumbres, nueces, vitaminas con hierro). (What is the child’s main source of iron?) |  |
| Cua el la principal Fuente de calico/vitamina D del nino? (las fuentes communes incluyen productos lacteos o alternativas lacteas,suplementos/vitaminas).(What is the child’s main source of calcium/vitamin D?) |  |
| **Cuantas tazas se consumen diariamente de los siguientes liquidos?** | **# Tazas/Diaria** | **Comentarios** |
| Leche/Milk |  |  |
| Agua/Water |  |  |
| Jugo/Juice |  |  |
| Soda, bebidas azucaradas/Soda, sugar-sweetened drinks |  |  |

|  |
| --- |
| **Historia de Desarrollo (Development History)** |
|  | **Edad aproximada cumplida (Age Accomplished)** | **Muy Joven****Too Young** |
| Sentado sin apoyo (Sat without support) |  |  |
| Camino sin tomarse de la mano (Walked without holding hands) |  |  |
| Primeras palabras except mama/papa (1st words) |  |  |
| Hablo en oraciones de dos/tres palabras(Spoke in two-three word sentences) |  |  |
| El discurso puede ser entendido por extranos (Speech audible to strangers) |  |  |
| Bano entrenado durante el dia(Toilet trained during the day) |  |  |
| Seco por la noche (Dry at night) |  |  |
| Monto un triciclo (Rode a tricycle) |  |  |
| Capaz de vestirse (Able to dress self) |  |  |
| Capaz de atar zapatos (Able to tie shoes) |  |  |
| Lee palabras simples (Read simple words) |  |  |
| Alguna vez ha tenido su hijo una regression en las habilidades (perdida de habilidades previamente adquiridas) fuera de las que ocurren durante los descansos de la escuela (Regression in skills)? Si  NoEn caso afirmativo, explique (If yes, please explain): |

|  |
| --- |
| **Habilidades de Desarrollo Actuales****Current Development Skills** |
|  | **Por encima del Promedio****Above Average** | **Promedio** **Average** | **Debajo del Promedio****Below Average** | **No se Aplica****Doesn’t Apply** |
| Capacidad para comprender palabras habladas (lenguaje receptive/receptive language) |  |  |  |  |
| Habilidad para hablar claramente (lenguaje expresivo/expressive language) |  |  |  |  |
| Habilidades de conversacion (turno, uso de lenguaje educado/conversation skills) |  |  |  |  |
| Capacidad para usar los dedos para escribir de forma legible o dibujar (motor fino/ fine motor) |  |  |  |  |
| Capacidad para usar musculos grandes para corer o jugar (motricidad gruesa/gross motor) |  |  |  |  |
| Capacidad para hacer amigos/jugar con otros ninos (habilidades sociales/social skills) |  |  |  |  |
| Capacidad para vestirse, alimentarse y/o limpiarse a si mismo (habilidades de adaptacion/adaptive skills) |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Apredizaje y Sintomas de Comportamiento (Learning and Behavior)** |
|  | **Si**  | **Un Poco** | **No** | **Comentarios** |
| Dificultad para aprender formas o colores. (Difficulty learning shapes or colors) |  |  |  |  |
| Dificultad para aprender numberos o contar. (numbers/counting) |  |  |  |  |
| Dificultad para aprender el alfabeto/letras. (alphabet/letters) |  |  |  |  |
| Dificultad para pronunciar o leer palabras. (sounding out/reading words) |  |  |  |  |
| Dificultad para comprender la lectura. (reading comprehension) |  |  |  |  |
| Dificultad para escribir (no debido a problemas de motricidad fina).(Difficulty writing not due to fine motor issues) |  |  |  |  |
| Dificultad con los calculos matematicos. (math calculations) |  |  |  |  |
| Dificultada con problemas matematicos. (math word problems) |  |  |  |  |
| Incapaz de completar el trabajo escolar de forma independiente.(Unable to complete school work independently) |  |  |  |  |
| Incapaz de completar tarea de forma independiente.(Unable to complete homework independently) |  |  |  |  |
| Toma mucho tiempo para la tarea. (extended time for homework) |  |  |  |  |
| No parece retener la informacion aprendida. (does not retain info) |  |  |  |  |
| Dificultades de memoria. (memory difficulties) |  |  |  |  |
| Dificulta para resolver problemas en varios pasos. (Difficulty with multi-step problem solving) |  |  |  |  |
| Cree que el/ella no es tan inteligente como otros companeros.(Believes he/she is not as smart as other peers) |  |  |  |  |
|  |
| No coordinado. (Clumsy/not coordinated) |  |  |  |  |
| Mala hygiene. (Poor hygiene) |  |  |  |  |
| A menudo se queja de no sentirse bien antes de la escuela.(Often complains of not feeling well before school.) |  |  |  |  |
| A menudo se opone o se niega a ir a la escuela. (Often objects or refused to go to school.) |  |  |  |  |
| Ausencias escolares frecuentes. (Frequent school absences) |  |  |  |  |
|  |
| No responde cuando se llama al nombre. (Does not respond to name) |  |  |  |  |
| Suena despierto (Daydreams) |  |  |  |  |
| Se apresura a traves de tareas (Hurries through tasks) |  |  |  |  |
| Pierde objetos (Loses things) |  |  |  |  |
| Nervioso (Nervous) |  |  |  |  |
| Conciencia de seguridad limitada (Limited safety awareness) |  |  |  |  |
|  |
| Se preocupa por muchas cosas (Worries often about many things) |  |  |  |  |
| Parece inquieto o nervioso (Seems restless or on edge) |  |  |  |  |
| Dolores musculare o corporals frecuentes (Frequent muscle or body aches) |  |  |  |  |
| Dolores de cabeza frecuentes o Dolores de estomago (Frequent headaches or bellyaches) |  |  |  |  |
| Tiene muchos miedos (Has many fears) |  |  |  |  |
| Tiene dificultad para separarse de los cuidadores (Has difficulty separating from caregivers) |  |  |  |  |
| Tiene baja autoestima (Has low self-esteem) |  |  |  |  |
| Cambios de humor/mal humor o cambios rapidos de humor (Moody/mood swings or rapid mood changes) |  |  |  |  |
| **Apredizaje y Sintomas de Comportamiento (continuacion)** |
|  | **Si** | **Un poco** | **No** | **Comentarios** |
| Irritable (Irritable) |  |  |  |  |
| Se siente triste o parece lloroso (Feels sad or appears tearful) |  |  |  |  |
| Ha perdido interes en cosas que alguna vez disfruto (Has lost interest in things he/she once enjoyed) |  |  |  |  |
| Cambios en el apetito (aumento o disminucion) (Changes in appetite either increase or decrease) |  |  |  |  |
| Cambio involuntario de peso (perdida o ganancia) o falta de Aumento de la cantidad de peso esperada (Unintentional loss or gain in weight or failure to gain expected amount of weight) |  |  |  |  |
| Cambio en el sueno (dormer mas o menos de lo habitual) (Change in sleep, sleeping more or less than usual) |  |  |  |  |
| Parece Seems inquieto/agitado o se mueve mas de lo usualmente.(Restless/agitated or moves more than usual) |  |  |  |  |
| Se mueve mas despacio de lo habitual (Moves slowly more than usual) |  |  |  |  |
| Parece cansado o facilmente fatigado (Seems tired/easily fatigued) |  |  |  |  |
| Hace comentarios negativos sobre uno mismo (Makes negative comments about oneself) |  |  |  |  |
| Incapaz de concentrarse o pensar con claridad (Unable to concentrate or think clearly) |  |  |  |  |
| Ha hablado de lastimarse o suicidarse (talked of hurting or killing self) |  |  |  |  |
| Ha compartido un plan sobre hacerse dano o suicidarse (Shared a plan about harming him/herself or killing him/herself) |  |  |  |  |
| Ha intentado lastimarse o matarse (Has tried to hurt or kill him/herself) |  |  |  |  |
|  |
| Usa pacificador o chupa su dedo (Uses pacifier or suck on fingers) |  |  |  |  |
| Mueve su cuerpo constantemente (Moves body constantly) |  |  |  |  |
| Llora a menudo o facilmente (Cries often or easily) |  |  |  |  |
| Dificultad para ser consolado o calmarse (Difficulty being comforted or calmed down) |  |  |  |  |
| Golpeando la cabeza (Head banging) |  |  |  |  |
| Inusualmente feliz/euforico sin razon obvia (Unusually happy/elated without obvious reason) |  |  |  |  |
| Tiene ideas poco realistas que son demasiado grandes/grandiosas(Has unrealistic ideas that are too big/grandiose) |  |  |  |  |
| Parece tener pensamientos acelerados (Seems to have racing thoughts) |  |  |  |  |
| Discurso rapido o presionado (Rapid or pressured speech, talks too fast) |  |  |  |  |
| Parece demasiado seguro de si mismo (Seems over confident in self) |  |  |  |  |
| Necesidad disminuida de dormir (Decreased need for sleep) |  |  |  |  |
| Oye voces que otros no oyen (Hears voices others do not hear) |  |  |  |  |
| Ve cosas que otros no ven (Sees things others do not see) |  |  |  |  |
| Se queja de picazon o sensacion de arrastre de insectos (Complains of itching or bug crawling sensation) |  |  |  |  |
| Tiene amigos imaginarios (Has imaginary friends) |  |  |  |  |
|  |
| Preocupacion por la limpieza/estar contaminado (Preoccupation with cleanliness/being contaminated) |  |  |  |  |
| Conteo repetitive, repetir obras, rezar,etc. (Repetitive actions counting, repeating actions, praying, etc. ) |  |  |  |  |
| **Apredizaje y Sintomas de Comportamiento (continuacion)** |
|  | **Si** | **Un poco** | **No** | **Comentarios** |
| A menudo piensa que cosas malas ocurreran (Often things he/she caused something bad to occur) |  |  |  |  |
| Lavado repetitvo de manos (Repetitive hand washing) |  |  |  |  |
| Comprobacion repetitive, asegurandose de que la puerta este cerrada (Repetitive checking e.g. making sure door is locked) |  |  |  |  |
| Revestimiento repetitive/ordenar/organizer objetos (Repetitive lining up/ordering/organizing objects) |  |  |  |  |
| Perfeccionista (Perfectionist) |  |  |  |  |
| A menudo se preocupa por hacer lo correcto (Worries often about doing the right thing) |  |  |  |  |
| Habitos de seleccion: piel,costrs,unas, etc. (Picking habits- skin, scabs, nails) |  |  |  |  |
| Recoge o acumula articulos con frecuencia (Frequently collects or hoards items) |  |  |  |  |
| No se pueden tirar objectos, incluso si no tienen valor (Unable to throw out items, even if not of value) |  |  |  |  |
| Habitos inusuales, por favor explique (Unusual habits, please explain)  |  |  |  |  |
| Temeroso de aumentar de peso (Fearful of gaining weight) |  |  |  |  |
| Comer en exceso o atracones de comida (Overeats or binges on food) |  |  |  |  |
| Vomitos intencionalmente despues de comer (Intentionally vomits food after eating) |  |  |  |  |
| Acumula y/o oculta alimentos (Hoard and/or hides food) |  |  |  |  |
|  |
| No le interesa jugar con otros ninos. (No interest in playing with other children) |  |  |  |  |
| Dificultad para hacer amigos (Difficulty making friends) |  |  |  |  |
| Dificultad para captar la senales sociales (Difficulty picking up on social cues) |  |  |  |  |
| Dificultades con las transiciones (Difficulties with transitions) |  |  |  |  |
| Dificultad para comprender el punto de vista o las emociones de otra persona (Difficulty understanding another person's point of view or emotions) |  |  |  |  |
| Utiliza lenguaje repetitive o guionado (Uses repetitive or scripted language) |  |  |  |  |
| Ecos idioma que se escucho, ecolalia (Echolalia) |  |  |  |  |
| Utiliza lenguaje peculiar/extrano (Uses peculiar/odd language) |  |  |  |  |
| Dificultad para iniciar o mantener conversaciones (Difficulty initiating or maintaining conversations) |  |  |  |  |
| Dificultad para entender el tono de voz (Difficulty understanding tone) |  |  |  |  |
| Dificultad para entender humor/bromas o sarcasm (Difficulty understanding humor/jokes or sarcasm) |  |  |  |  |
| Dificultad para entender gestos/lenguaje corporal (Difficulty understanding gestures/body language) |  |  |  |  |
| Dificultad para hacer o usar el contacto visual (Difficulty with eye contact) |  |  |  |  |
| Pensamiento literal o concreto (Literal or concrete in thought) |  |  |  |  |
| No sabe jugar con juguetes (Does not know how to play with toys) |  |  |  |  |
| El juego es repetitive (hace los mismo una y otra vez) (Play is repetitive, does the same thing over and over) |  |  |  |  |
| Dificultades con el juego imaginative (Difficulty with imaginative play) |  |  |  |  |
| Grandes interes en juguetes/temas especificos (Strong interests in specific toys/topics) |  |  |  |  |
| **Apredizaje y Sintomas de Comportamiento (continuacion)** |
|  | **Si** | **Un Poco** | **No** | **Comentarios** |
| Interes inusual, por favor explique (Unusual interest, please explain) |  |  |  |  |
| Comportamientos repetitivos (aleteo de manos, caminar con las puntas de los pies) (Repetitive behaviors, hand flapping, toe-walking, etc.) |  |  |  |  |
| Fascinacion visual con luces (Visual fascination with lights) |  |  |  |  |
| Sensible a las vistas, olores, ruidos, sabores o toques (Sensory difficulty sights, smells, noises, tastes, touch)  |  |  |  |  |
| Inusualmente alta o baja tolerancia al dolor (Unusually tolerance to pain) |  |  |  |  |
| Molesto por como se sienten las cosas (ropa, abrazos, etc. )Bothered by how things feel (clothing, hugs, etc.) |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Personalidad de character fuerte (Strong-willed personality) |  |  |  |  |
| Persistente (Persistent) |  |  |  |  |
| Exigente (Demanding) |  |  |  |  |
| Impaciente (Impatient) |  |  |  |  |
| Demasiado sensible (Overly sensitive) |  |  |  |  |
| Se apaga cuando esta molesto (Shuts down when upset) |  |  |  |  |
| Rigido o inflexible en el pensamiento (Rigid or inflexible in thinking) |  |  |  |  |
| Timido o mas lento para calentarse con gente nueva (Shy or slower-to-warm-up around new people) |  |  |  |  |
| Orientado a la rutina o no le gusta el cambio (Routine oriented does not like change) |  |  |  |  |
| Tiende a ser mas emocionalmente reactive o intense (Tends to be more emotionally reactive or intense) |  |  |  |  |
| Tiende a ser mas negative en el pensamiento (More negative in thought) |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Episodios de mal comportamiento, Ejemplo: berrinches/rabietas****Tantrums** |
|  | **Si**  | **No** | **Comentarios** |
| Tiene su hijo mal comportamiento frecuentes (arrebatos emocionales que van desde gritos hasta agresiones)? (Does your child have frequent tantrums?) |  |  |  |
| Cuantos mal comportatmientos por dia ? \_\_\_\_\_ (per day) Por semana ? \_\_\_\_\_(per week) |
| Cuanto duran los mal comportamientos en promedio ? (on average) \_\_\_\_\_mins Cuanto duran los mal comportamientos en su peor momento ?(at their worst) \_\_\_\_\_mins |
| Desencadenantes? (Triggers?) |
| Que ayuda a su hijo a calmarse? (What helps your child to calm?) |

|  |
| --- |
| **Tiempo de Pantalla (Screen Time)** |
|  | Si | No | **Comentarios** |
| Su hijo ve television/peliculas ? (Does your child watch TV/movies?)En caso afirmativo, cuantas horas por dia ? \_\_\_\_\_ (hours per day) |  |  |  |
| Utiliza su hijo dispositivos electronicos con pantallas (por ejemplo, videojuegos,tabletas,telefonos inteligentes, computadoras)? (Does your child use electronic devices with screens?)En caso afrirmativo, cuantas horas por dia? \_\_\_\_\_ (hours per day) |  |  |  |
| Hay un televisor en la habitacion de su hijo ? (TV in your child’s bedroom?) |  |  |  |
| Si hijo mira television o usa otros dispositivos con pantallas en las 2 horas antes de acostarse ? (Does your child watch TV or use other devices with screens in the 2 hours before bedtime?) |  |  |  |
| **Manejo del comportamiento en el hogar (marque todo lo que corresponda)****Behavior Management In The Home (Please check all that apply)** |
|  | **Si**  | **No** | **Efectivo?** Effective? | **Comentarios** |
| Tiempo Afuera (Time Out) |  |  |  |  |
| Ignorar (Ignoring) |  |  |  |  |
| Ganar privilegios (Earning privileges) |  |  |  |  |
| Quitando privilegios (Taking away privileges) |  |  |  |  |
| Dando mas tareas (Giving more chores) |  |  |  |  |
| Gritando (Yelling) |  |  |  |  |
| Azotar (Spanking) |  |  |  |  |
| Otro (describir): |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **La Seguridad (Safety)** |
|  | **Si** | **No** | **Por Favor Explique**  |
| Se coloca el nino articulos no alimenticios en la boca? (Does child place non-food items in mouth?) |  |  |  |
| El nino deambula/se escapa? (Does child wander/elope?) |  |  |  |
| Esta el hogar a prueba de ninos? (Is the home child-proofed?) |  |  |  |
| Alguien fuma o usa cigarillos electronicos en el hogar (incluido el sotano) o en el automovil? (Does anyone smoke or use e-cigarettes in the home, including basement, or car?) |  |  |  |
| Hay armas en la casa? (Guns in the home?) |  |  |  |
| Las armas estan guardadas en un lugar cerrado? (Are the guns stored in a locked place?) |  |  |  |
| Las balas se almacenan por separado de las armas? (Are bullets stored separately from guns?) |  |  |  |
| Esta el nino expuesto a gritos o violencia fisica en el hogar? (Is the child exposed to yelling or physical violence in the home?) |  |  |  |
| Alguna vez ha sufrido abuso (emocional, fisico, y/o sexual)? (Has the child ever experienced abuse: emotional, physical, and/or sexual?) |  |  |  |

**Cuestionario de Situaciones en el Hogar**

St. Luke’s Developmental Pediatrics

5425 Lanark Road | Center Valley, PA 18034

Phone: 484-658-5437 | Fax: 833-214-7525

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

Nombre del Nino/a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Persona completando: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relacion al nino/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Instrucciones: Su hijo presenta algun problema con el cumplimiento de la instruccion, comentarios o reglas para usted en alguna de estas situaciones? Si es asi, cirucle la palabra SI y luego cirucle un numero al lado de esa situacion que describa la gravedad del problema para usted. Si su hijo no es un problema en una situacion, circule NO y pase a la siguiente situacion en el formulation.**

 Instructions: Does your child present any problems with compliance to instruction, comments or rules for you in any of these situations? If so, please circle the word YES and then circle a number beside that situation that describes how severe the problem is for you. If your child is not a problem in a situation, circle NO and go to the next situation on the form.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Situacion**  | **Problema Presente?** | **Que tan grave ?** |
| **Mild Moderate Grave**  |
| 1. Jugando solo (Playing Alone) | No | Si | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 2. Jugando con otros ninos (Playing with other children) | No | Si | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 3. Tiempos de comida (Meal times) | No | Si | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 4. Vestirse/desvestirse (Getting dressed/undressed) | No | Si | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 5. Lavado y bano (Washing and bathing) | No | Si | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 6. Cuando estas hablando por telefono (When you are on the telephone) | No | Si | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 7. Cuando los visitants estan en tu casa (When visitors are in your home) | No | Si | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 8. Cuando visitas la casa de alguien (When you are visiting someone’s home) | No | Si | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 9. En lugares publicos (In public places) | No | Si | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 10. Con papa esta en casa, marque si no corresponde (When father is home (not applicable) | No | Si | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 11. Cuando se le pide que recoja (When asked to do chores) | No | Si | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 12. Cuando se le piedo que haga tareas (When asked to do homework) | No | Si | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 13. A la hora de dormir (At bedtime) | No | Si | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 14. Cuando con una ninera (When with a babysitter) | No | Si | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |

**Parent ADHD Rating Scale IV**

Nombre del nino:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Completado por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Encierre en un circulo el numero que mejor describa el comportamiento del nino en los ultimos 6 meses. (Circle the number that best describes the child’s behavior over the past 6 months) | Raramente o Nunca(Rarely/never) | Aveces(Sometimes) | A menudo(Often) | Muy a Menudo(Very Often) |
| 1. No presta mucha atencion a los detalles: se apresura a traves de las activades, comete errores descuidados (Fails to give close attention to details: rushes through activities, makes careless mistakes)
 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Se inquieta con las manos o los pies o se retuerce en el asiento, golpea las manos o los pies (Fidgets with hands or feet or squirms in seat, taps hands or feet)
 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Tiene dificultad para mantener la atencion en tareas o actividades de juego (Has difficulty sustaining attention in tasks or play activities)
 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Deja el asiento en el aula, durante las comidas o en otras situaciones en las que se espera permanecer sentado (Leaves seat in classroom, during meals, or in other situations in which remaining seated is expected)
 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. No parece escuchar cuando se le habla directamente, lo desconecta (Does not seem to listen when spoken to directly, tunes you out)
 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Corre o trepa excesivamente en situaciones en las que es inapropiado (Runs about or climbs excessively in situations in which it is inappropriate)
 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. No sigue las instrucciones o no termina las tareas (“sube las escaleras, toma tuts zapatos y calcetines”, tiene dificultades con las transiciones) (Does not follow through on instructions or fails to finish tasks)
 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Tiene dificultad para jugar en silencio, solo o en grupo (Has difficulty playing quietly)
 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Tiene dificultad para organizer tareas y actividades, eligir una actividad, obtener materiales, hacer pasos en orden (Has difficulty organizing tasks and activities)
 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Esta “en movimiento” o actua como si “fuera conducido por un motor” (Is “on the go” or acts as if “driven by a motor”)
 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Evita las tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido: rompecabezas, aprender ABD, escribir su nombre (Avoids tasks that require sustained mental effort)
 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Habla escesivamente (Talks excessively)
 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Pierde cosas necesarias para tareas o actividades (guantes, zapatos, mochila) (Loses things necessary for tasks or activities)
 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Explica las respuestas antes de completar las preguntas (Blurts out answers before questions have been completed)
 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Se distrae facilmente (Is easily distracted)
 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Tiene dificultad para esperar el turno (Has difficulty awaiting turn)
 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Es olvidadizo en las actividades diarias: olvida papeles, olvida direcciones (Is forgetful in daily activities: forgets papers, forgets directions)
 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 1. Interrumpe o se entromete en otros (Interrupts or intrudes on others)
 | 0 | 1 | 2 | 3 |

Preschool/Daycare Version:*Adapted and reprinted with permission from Guilford Press.*

|  |
| --- |
| **Informacion Pre-Escolar y Escola****Daycare/ Preschool Information** |
| Asistio su hijo al pre-escolar? (Does your child attend daycare?) Si  NoEn caso afirmativo, indique el nombre de la escuela y las fechas de asistencia (name and dates attended): |
| Escuela Actual: (Current School) |  |
| Distrito Escolar: (School district) |  |
| Escuela Direccion: (School Address) |  |
| Numero de contacto: (Contact numbers) | Telefono: | Fax: |
| Nivel de Grado: (Grade Level) |  |
| Nombre del maestro: (Teacher’s name) |  |
| Ambiente del aula: (School Scenario) | Regular  Co-ensenado (co-taught)  Mezclado/integrado (integrated) Tipo de aula : 15:1:1 12:1:1 8:1:1 6:1:1  |
| Como le va a su hijo en la escuela? (How is your child doing in school?) |  |
| Que calificaciones suele recibir su hijo? (How are your child’s grades) |  |
| Alguna vez ha retenido a su hijo un grado? (Has your child been retrained a grade)  Si  No En caso afirmativo, que grado? (which grade) \_\_\_\_  |
| Alguna vez ha expulsado o suspendido a su hijo? (Ever been expelled or suspended) Si  NoEn caso afirmativo, describa la circunstancias (described the circumstances): \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Su hijo ha sido evaluado por lo siguiente?:****Has your child been evaluated by the following?** | **Eda de la evaluacion****Age at Evaluation** |
| Intervencion Temprana (EI) | Si  | No |  |
| Unidad Intermedia (IU) | Si  | No |  |
| Distrito Escolar (School District) | Si  | No |  |
| **Tiene su hijo alguno de los siguientes planes en la escuela?** | **Si**  | **No** |
| 504 Plan | IEP (Individual Education Plan) | Behavior Intervention Plan |
| **\*Proporcione copias del IEP, 504 y Reevaluacion\*** |
| **Actualmente recibe su hijo algun servicio de apoyo en la escuela? Por favor marque todos los que apliquen.** **Does your child currently receive and support services in school? Please check all that apply.** |
|  | Ayudante 1:1 (1:1 Aide) |  | Salon de recursos (Resource room) |
|  | Acomodaciones: tiempo de prueba, asientos, escribe, etc. (Accommodations) |  | Respuesta a la intervencion (Response to interventions) |
|  | Profesor Consultor (Special Instruction) |  | Terapia del lenguaje (Speech Therapy) |
|  | Interprete (Interpreter) |  | Tutor (Tutoring) |
|  | Terapia Ocupacional (Occupational Therapy) |  | BHRS (BSC/TSS) |
|  | Terapia fisica (Physical Therapy) |  | Otro especificar (Other): |

|  |
| --- |
| **ATESTACION** |
| Todos los tutores legales del nino saben que esta evaluacion se esta llevando a cabo con la oportunidad de participar en el proceso ?  Si  No En caso negativo, explique: |
| Certifico que la informacion a lo largo de este formulario es, segun mi leal saber y entender, verdadera, correcta y complete. Entiendo que es mi responsabilidad mantener actualizada la informacion de contacto con esta oficina.Por la presente autorizo la evaluacion y el tratamiento medicos, asi como la divulgacion de informacion para fines medicos/de seguros relacionados con la affection y el tratamiento. Autorizo el pago de compania de seguros a St. Luke’s University Health Network por los servicios prestados. Estoy de acuerdo en pagar todas las tarifas que surjan de cualquier visita o prueba/procedimiento a esta oficina que mi seguro no cubra. Tambien entiendo que las citas perdidas o cancelada sin previo aviso de 24 horas estan sujetas a un cargo.Entiendo que las evaluaciones en Pediatría del Desarrollo son complejas y pueden ser de larga duración. Entiendo que para que el proveedor complete una evaluación exclusiva, los visitantes deben limitarse al niño que está siendo evaluado, los padres o tutores legales del niño y cualquier proveedor de atención médica que sea necesario para el cuidado del niño solamente (es decir, asistente de salud en el hogar o enfermera).\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Padre/Tutor Fecha Nombre del nino/a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha de Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Por favor devuelva este formulario a la direccion o numero de fax arriba.**

**Please return this form to the address or fax number above.**