STUDENT SERVICES
200 East Fremont Street
Monroe WA 98272
360-804-2600
FAX 360-804-2569

HISTORIA DE SALUD Y DESARROLLO

Estimados Padres/ Guardianes:
Por favor ayúdenos a planear el programa de la escuela para su hijo o hija por contestando las preguntas siguientes. Si requiere más espacio puede añadir otra pagina. Favor de volver sus contestaciones prontamente a: _____

Nombre de alumno _____ Fecha de nacimiento _____ sexo ☐ masculino ☐ femenino

Escuela _____ Grado _____ Edad _____

Nombre de madre _____ Nombre de padre _____

Domicilio _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono de casa _____ _____
Madre Padre

Numero de teléfono / día _____ _____
Madre Padre

Personas viviendo en casa	Edad	Parentesco al estudiante

HISTORIAL DE DESARROLLO:

1. **Embarazo: Hacer una lista de cualquier preocupación que ha tenido durante el embarazo.**

_____

_____

2. **Parto:**
   Describa la condición del bebé al nacer:

_____

   Hacer una lista de preocupaciones siguiendo el parto:

_____

3. Infancia:
Describa la salud del bebé dentro de los primeros seis meses.

_____

Circule cualquier de las siguientes respuestas si pueden ser aplicadas y describen:
Infecciones *Problemas de respiración* *Problemas comiendo* *ganando peso lentamente* *Problemas de sueño*
Describa cualquier de las preocupaciones de salud arriba.. _____

_____

4. Desarrollo: (indique la edad aproximada cuando ocurra lo siguiente):

Se sientan solos _____ Gateó _____ Parándose solo _____ Caminando solo: _____
Comió comida sólida _____ Tomando de taza _____
Pedaleando el triciclo _____ Agarrando la pelota con dos manos _____
Trato de cortar con tijeras _____ Copiando un circulo con una crayola _____ Colores correspondientes _____
Habló primera palabra _____ Habló 3 o 4 palabras singulares _____ Habló frases sencillas _____
Practica de baño de orina durante el día _____ Noche _____ Orinándose ahora? _____
Practica de baño de evacuar _____

Describa cualquier preocupación sobre el desarrollo de su niño.

_____

_____

5. Sueño:
Describa los hábitos de sueño de su niño dentro de su primer año..

_____

Describa hábitos actuales de sueño.
_____

Hacer una lista de preocupaciones con respecto al sueño de su niño (pesadillas, sueño interrumpido.

_____

6. Enfermedades y heridas
Hacer una lista de enfermedades o heridas (incluya la edad de su niño y tratamientos recibidos. _____

_____

INFORMACIÓN ACTUAL DE LA SALUD:
Describa cualquier preocupación de salud que puede afectar la habilidad de su hijo para sobresalir en la escuela (problemas de vista, perdida de la audición, actividad convulsiva, alergia, problemas de atención)

_____

_____

Describa cualquier preocupación social /emocional que afecte la habilidad de su niño para tener éxito en la escuela._____

_____

Medicamentos actuales _____ Alergias _____
Proveedor de servicios médicos _____ Teléfono _____

HISTORIAL ESCOLAR

Hacer una lista de las escuelas que su niño ha asistido dentro los cinco años previos.

Año escolar	Grado	Distrito de escuela	Ciudad / estado

Hacer una lista de servicios especiales que ha recibido su niño (terapia de habla / lenguaje, matemáticas o lectura)

Servicio	Grado(s)	Escuela

¿Usted tiene preocupaciones con respeto al progreso de su niño en la escuela o su comportamiento?. Si es, favor de describir y anotar cuando empezaron._____

¿Qué ha hecho para enfrentarse con las preocupaciones? (clases particulares, escuela de verano, ayuda con tarea, asesoramiento, evaluaciones médicas.

_____

Describa cualquier otro problema que su niño ha tenido en casa o vecindad. _____

Describa cualquier manejo del comportamiento de su hijo que ha sido efectivo _____

Describa intereses y actividades de su niño afuera de la escuela. _____

Describa cosas buenas de su niño dentro la escuela o afuera de escuela.. _____

Firma de individual completando la forma | Parentesco a niño | Fecha

ss05