

HOJA DE TRABAJO PARA RECOPIRAR INFORMACIÓN MÉDICA Y ESCOLAR – NIÑO

El completar esta hoja de trabajo para recopilar información le ayudará a prepararse para la entrevista. La misma también ayudará a acortar el tiempo de la entrevista. Es posible que nosotros pidamos información adicional. *Si necesita más espacio, use otras hojas de papel en blanco.*

A. La estatura y el peso del niño. _____

B. El nombre, dirección, número de teléfono y parentesco de otro adulto que ayuda con el cuidado del niño y que nos puede ayudar a recopilar información acerca del niño, si es necesario.

C. Las enfermedades, lesiones o padecimientos del niño. _____

D. Cuándo comenzaron los padecimientos del niño. _____

E. Cómo afectan a las actividades del niño. _____

F. El grado escolar actual del niño, si está en la escuela. _____

G. Las escuelas o escuelas preescolares a las que el niño asiste actualmente y cualquier otra escuela a la que asistió en los últimos 12 meses.

NOMBRE	DIRECCIÓN, CÓDIGO POSTAL, y NÚMERO DE TELÉFONO	FECHAS EN QUE ASISTIÓ	TIPOS DE SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL <i>(si alguno)</i>

H. Los nombres de los maestros actuales y de la escuela. _____

I. Las pruebas escolares que se le han hecho al niño, tales como exámenes de comportamiento o por problemas de aprendizaje.

NOMBRE O TIPO DE PRUEBA	FECHA(S)	NOMBRE DE LA ESCUELA

J. El nombre del terapeuta escolar que está viendo o ha visto al niño *(por ejemplo, terapia del habla, física, u ocupacional)* y el nombre de la escuela.

- K.** Los hospitales, las clínicas, médicos, o terapeutas que han provisto tratamiento al niño por lo menos durante los últimos 12 meses.

NOMBRE	DIRECCIÓN, CÓDIGO POSTAL, y NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	FECHA DE LA PRIMERA CITA	FECHA DE LA ÚLTIMA CITA

- L.** Otras agencias o programas que han tratado o examinado al niño, o que proveyeron servicios (*tales como Headstart, Servicios de intervención temprana o Educación especial, el Departamento de Salud Pública o comunitaria, la Agencia de Bienestar Público o de Servicios Sociales, Centro de Salud o Retardación Mental*).

NOMBRE	DIRECCIÓN, CÓDIGO POSTAL, y NÚMERO DE TELÉFONO	TIPO DE EXAMEN O DE SERVICIO	FECHA(S)

- M.** Medicamentos que el niño toma, y el nombre del médico, si son medicamentos recetados.

NOMBRE DE LA MEDICINA	RECETADA POR

- N.** Todos los exámenes médicos que el niño ha tenido o que tendrá debido a sus enfermedades, lesiones o padecimientos. (Por ejemplo, examen de audición, examen de la vista, pruebas de inteligencia, examen de la sangre, examen respiratorio, radiografías.)

NOMBRE DEL EXAMEN	FECHA(S)	DÓNDE LO HICIERON	QUIÉN ENVIÓ AL NIÑO PARA EXAMINARLO