

Instrucciones: Ser completado por el participante, o por su padre/ cuidador

Formulario completado por:	Fecha de hoy:
-----------------------------------	----------------------

Información del participante:

Nombre completo del participante:	
Género del participante:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de nacimiento del participante:	_____ / _____ / _____ Mes Dia Año
Lugar de nacimiento del participante:	_____ _____ _____ Ciudad Estado País
Etnicidad del participante:	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino
Raza del participante (marque todas las que apliquen):	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Otro _____
¿Con cual raza se identifica más (si hay más de una raza)?	
Países de herencia del participante (por favor liste todos):	
Idioma principal del participante:	
¿En dónde vive el participante actualmente?	<input type="checkbox"/> Casa de la familia <input type="checkbox"/> Casa hogar (nombre: _____) <input type="checkbox"/> Independientemente <input type="checkbox"/> Areglo de vivienda apoyada <input type="checkbox"/> Otro: _____
Orden de nacimiento del participante:	Participante nació _____ de _____ niños en la familia
Estado presente de empleo del participante:	<input type="checkbox"/> Trabaja tiempo completo (35 horas or más por semana) <input type="checkbox"/> Trabaja medio tiempo (menos de 35 horas por semana) <input type="checkbox"/> No trabaja actualmente
Estatus de escuela del participante:	<input type="checkbox"/> Estudiante de tiempo completo <input type="checkbox"/> Estudiante de medio tiempo <input type="checkbox"/> No esta en la escuela actualmente

Participant ID: _____

Trastorno en la comunicación social:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro	
Discapacidad intelectual:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro	Si responde sí, nivel de CI (coeficiente intelectual): _____

Historial Prenatal/Postparto Temprano:

Si su respuesta es sí, por favor explique:

Complicaciones durante el embarazo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro	
Medicamentos recetados usados por la madre durante el embarazo:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro	
¿Tuvo la madre enfermedades durante el embarazo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro	
Tipo de parto:	<input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea	
¿Nació el participante a término?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro	Cuánto tiempo fue el embarazo (en semanas)? _____ semanas
Peso al nacer:	lbs.	oz.
¿Cuánto midió al nacer?	pulgadas	

Historia del Desarrollo:

Edad cuando caminó sus primeros 10 pasos:	años	meses
Edad cuando dijo sus primeras palabras:	años	meses

Participant ID: _____

Edad cuando dijo sus primeras oraciones de 3 palabras:	años	meses
¿Ha perdido el participante alguno de los siguientes que él / ella ya haiga desarrollado y utilizado?		
El habla:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro	
Habilidades de motor:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro	
Habilidades sociales:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro	
¿Es verbal el participante actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro	
Si es así, ¿puede él/ella hablar usando frases u oraciones cortas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro	
<i>Pruebas Genéticas:</i>		
¿Se le ha hecho una prueba al participante para el Síndrome X Frágil?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro	Resultados: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido el participante una prueba de cromosoma/cariotipo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro	Resultados: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
¿Ha tenido el participante un Microarray/aCGH?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inseguro	Resultados: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Por favor explique en mayor detalle cualquier resultado:		

Sección 2. Historial Médico

Por favor marque los elementos que han sido una preocupación para el participante (por ejemplo, él/ella buscó atención médica)

<i>Salud General:</i>		
	Marque todas las que apliquen:	Si su respuesta es sí, por favor explique:
Problemas de la vista:	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado	
Problemas de audición:	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado	
Problemas dentales:	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado	
Problemas de la piel:	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado	
Problemas de sueño:	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado	
<u>Problemas estomacales</u>		
Náuseas/Vómitos:	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado	
Reflujo:	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado	
Diarrea:	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado	
Estreñimiento:	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado	
Dolor estomacal/abdominal:	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado	
Problema de alimentación:	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado	

Participant ID: _____

Problemas renales (problema con los riñones):	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado	
Problemas de la vejiga:	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado	
Problemas cardíacos (de corazon):	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado	
Asma:	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado	
Otro problema pulmonar:	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado	
Problema en los huesos o en las articulaciones:	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado	
Problemas de sangre o anemia:	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado	
Problemas hormonales o endocrinos:	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado	
Cirugías previas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si responde sí, ¿tuvo metal implantado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<u>Alergias</u>		
Alergias alimentarias:	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado	
Alergias a medicamentos:	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado	

Alergias ambientales:	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado	
Otros diagnósticos médicos:		
<i>Preocupaciones Neurológicas:</i>		
Marque todas las que apliquen:		Si su respuesta es sí, por favor explique:
Migrañas:	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado	
Tics (por ejemplo: parpadeo de los ojos, aclarar la garganta)::	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado	
Convulsiones febriles (convulsiones provocadas por fiebre):	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado	
Convulsiones no febriles:	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado	Edad de inicio: _____ Aproximadamente cuántas en total: _____
Diagnóstico de epilepsia:	<input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> Pasado	
¿Se le ha hecho una toma de imágenes a la cabeza del participante?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si responde sí, indique qué tipo: <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> PET <input type="checkbox"/> Otro _____
Por favor explique los resultados:		

Sección 3. Historial de Salud Mental

Por favor marque los elementos que son una preocupación para el participante actualmente (por ejemplo, él / ella buscó atención médica)

<i>Salud Mental:</i>			
	Preocupación?	Recibió diagnóstico?	Recibió tratamiento?
Trastorno bipolar:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Depresión:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ansiedad:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trastorno de obsesión compulsiva:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trastorno por déficit de la atención con hiperactividad (TDAH):	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trastorno de oposición desafiante:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trastorno de conducta:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trastorno de procesamiento sensorial :	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Trastorno de la alimentación:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Comportamiento Auto Perjudicial:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Participant ID: _____

Medicamentos:

Por favor marque el medicamento(s) que el participante está tomando actualmente:	Otras recetas actuales	Medicamentos de venta libre
<input type="checkbox"/> Abilify <input type="checkbox"/> Concerta <input type="checkbox"/> Methylin <input type="checkbox"/> Trileptal	1.	1.
<input type="checkbox"/> Adderall <input type="checkbox"/> Daytrana <input type="checkbox"/> Proventil <input type="checkbox"/> Ventolin	2.	2.
<input type="checkbox"/> Adderall XR <input type="checkbox"/> Depakote <input type="checkbox"/> Prozac <input type="checkbox"/> Volmax	3.	3.
<input type="checkbox"/> Alti-valproic <input type="checkbox"/> Focalin <input type="checkbox"/> Risperdal <input type="checkbox"/> Vyvanse	4.	4.
<input type="checkbox"/> Apo-Salvent <input type="checkbox"/> Lamictal <input type="checkbox"/> Ritalin <input type="checkbox"/> Zoloft	5.	5.
<input type="checkbox"/> Catapres <input type="checkbox"/> Lexapro <input type="checkbox"/> Strattera	6.	6.
<input type="checkbox"/> Celexa <input type="checkbox"/> Metadate <input type="checkbox"/> Tenex	7.	7.

Sección 4. Historial de Servicios

Si usted ha tenido una evaluación anteriormente, por favor traiga esto a su visita programada.

¿Ha recibido el participante los servicios siguientes?	Liste las edades que recibió el servicio:	<u>Si se está recibiendo actualmente:</u>	
		¿Dónde?	¿Con qué frecuencia (circule uno)?
Plan Individualizado de Servicios para la Familia (IFSP)			
Plan de Educación Individualizada (IEP) o el plan 504			
Terapia del habla/lenguaje		<input type="checkbox"/> Dentro de la escuela <input type="checkbox"/> Fuera de la escuela	_____ semana/ mes
Terapia física		<input type="checkbox"/> Dentro de la escuela <input type="checkbox"/> Fuera de la escuela	_____ semana / mes
Terapia ocupacional		<input type="checkbox"/> Dentro de la escuela <input type="checkbox"/> Fuera de la escuela	_____ semana / mes
Servicios de verano		<input type="checkbox"/> Dentro de la escuela <input type="checkbox"/> Fuera de la escuela	_____ semana / mes
Análisis de Comportamiento Aplicado (ABA)/ Terapia de comportamiento		<input type="checkbox"/> Dentro de la escuela <input type="checkbox"/> Fuera de la escuela	_____ semana / mes
Terapia familiar		<input type="checkbox"/> Dentro de la escuela <input type="checkbox"/> Fuera de la escuela	_____ semana / mes
Otro: _____		<input type="checkbox"/> Dentro de la escuela <input type="checkbox"/> Fuera de la escuela	_____ semana / mes

Participant ID: _____

Historial Escolar:

Tipo:	Nombre:	Ubicación (ciudad, estado):	Fechas de asistencia:
Escuela preescolar			/ - /
Jardín infantil (kindergarten)			/ - /
Escuela primaria			/ - /
Escuela media			/ - /
Escuela secundaria			/ - /
Otro:			/ - /