

# 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.** El peso y la estatura del niño. \_\_\_\_\_

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

**C.** Las enfermedades, lesiones o condiciones del niño. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**D.** Cuándo comenzó la(s) condición(es) del niño. \_\_\_\_\_

**E.** Cómo éstas afectan 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 él o ella asistió en los últimos 12 meses.

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

**H.** El nombre del maestro(a) actual y de la escuela. \_\_\_\_\_

**I.** Las pruebas escolares que se le han hecho al niño, tales como exámenes de comportamiento o 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 visto al niño por lo menos durante los últimos 12 meses.

NOMBRE	DIRECCIÓN, CÓDIGO POSTAL Y NÚMERO DE TELÉFONO	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN COMO 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, el Departamento de Salud Pública o comunitaria o el Departamento de Educación, 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.** La(s) medicina(s) que el niño toma, y el nombre del médico, si son medicinas recetadas.

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 condiciones. (*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 ENVIO AL NIÑO PARA EXAMINARLO