

**DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE WASHOE  
SERVICIOS DE SALUD PARA EL ESTUDIANTE**

**Reporte para Padres Sobre la Salud, Desarrollo Físico, y la Historia Social  
del Estudiante**

Fecha: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_  
Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Estimados padres:

La siguiente información es parte muy importante para la evaluación de Educación Especial que solicitó para su hijo/hija. La salud y el desarrollo de su hijo/hija tienen una relación muy significativa para que su hijo aprenda. La información que usted provee en estas páginas es muy importante para que los profesionales de la escuela puedan ayudar a que su hijo o hija tenga éxito en la escuela. Por favor sepa que esta información es confidencial y es sólo para el equipo que trata el IEP para su hijo/hija. Este formulario se mantendrá en el archivo de salud del estudiante. Una vez que haya completado la información sobre la historia de salud acerca de su hijo o hija, devuélvalo a la enfermera de la escuela en la clínica antes de \_\_\_\_\_(fecha)

Muchas gracias.

\_\_\_\_\_ R.N., Enfermera de la escuela \_\_\_\_\_  
No. de teléfono \_\_\_\_\_

Por favor nombre a todas las personas que viven en su casa y su relación con su estudiante..

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

¿Qué idioma hablan en la casa? \_\_\_\_\_

**I. EMBARAZO Y NACIMIENTO:**

**A. Prenatal (Antes del nacimiento)**

1. Visitó al Doctor por primera vez durante el \_\_\_\_\_ mes del embarazo
  2. ¿Cuánto duró el embarazo? \_\_\_\_\_ meses
  3. Tuvo la madre algún problema, accidente, o complicaciones durante el embarazo  Sí  No
- Explique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tomó la madre cualquiera de estas medicinas durante su embarazo

Medicina de prescripción \_\_\_\_\_  Medicina que se compra libremente

¿Drogas de la calle? \_\_\_\_\_  Alcohol. ¿Cuántas bebidas por día? \_\_\_\_\_  Cigarrillos  
(cajas por día) \_\_\_\_\_

**B. PERINARITAL (al momento del parto)**

1. Peso al nacer : \_\_\_\_\_ Libras \_\_\_\_\_ Onzas:
2. El nacimiento fue:  Primero la cabeza  Trasero primero  Cesárea  Necesitó fórceps  
 Extracción con aspiradora
3. ¿Lloró inmediatamente al nacer el bebé?  Sí  No
4. ¿Necesitó oxígeno al nacer?  Sí  No

5. Condición médica al nacer (marque todo lo que necesita)

- Moretones    Necesitó transfusión    Problemas del corazón    Problemas con respiración  
 Ataques    La cuerda umbilical alrededor del cuello  
 Infecciones    Cirugía    Trauma de la cabeza    Problemas de comer    Problemas de sangrar  
 Otros

6. ¿Estuvo Ictérico (amarillo) al nacer?  Sí  No   ¿Se le puso bajo una luz especial?  Sí  No

7. ¿Vino el bebé a casa con la madre?  Sí  No

Si no, explique:

---

## II HISTORIA DE SU DESARROLLO/ APRENDIZAJE

A. Como un bebé, ¿cuáles de estos describe a su hijo/hija? Elija todos los que le corresponden.

- Calmado    Feliz    Duerme mal    Llorón    Tiene problemas en alimentarse  
 Irritable    Amoroso    Rígido    Torpe    No prospera / crece

B. Edad en la cual el niño / la niña

empezó a: \_\_\_\_\_ caminar \_\_\_\_\_ Dijo palabras sueltas \_\_\_\_\_ Habló en forma de oración \_\_\_\_\_

C. ¿Tiene su hijo/hija actualmente problemas con mojar la cama?  Sí  No

D. ¿Usted o alguien ha notado que su hijo/hija tiene dificultades de aprendizaje o conducta?  Sí  No

E. Hábitos de dormir

Hora en que se duerme por la noche \_\_\_\_\_ Hora que se despierta por la mañana \_\_\_\_\_  Pesadillas

Dificultad en dormir \_\_\_\_\_

F. Ha asistido el niño/ la niña a  Cuidado de niños o un jardín de infantes  Preescolar  Kindergarten?

G. Ha tenido algún problema en estos lugares,  Cuidado de niños o un jardín de infantes  Preescolar  Kindergarten

Tiempo de atención    Aprender a contar    Caligrafía muy mala o habilidad para colorear

Dicción    Decir el Abecedario    Comprendiendo en lo que se dice

H. Si es menor de cinco años de edad, por favor escriba los nombres de jardín de infantes o preescolar donde asiste.

---

I. ¿Tiene su hijo/ algún problema ahora con los siguientes?

- Lectura    Deletreo    Caligrafía    Matemáticas    Tiempo de atención  
 Conducta    Dicción    Memoria    Comunicación    Comprensión

## III. HISTORIA MÉDICA DEL NIÑO O LA NIÑA

A. Fecha de su último examen médico \_\_\_\_\_ Proveedor de su salud.

Dr. \_\_\_\_\_

Fecha de su último examen dental \_\_\_\_\_ Dentista \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo/hija alguna vez?

- Asma    Problemas de oír    Infecciones frecuentes del oído    Tubos  
 Depresión    Cáncer/ Tumor    Problemas ortopédicas    Problemas neurológicos  
 Diabetes    Desorden alimenticio    Meningitis/ Encefalitis    Desorden de la sangre  
 Ataques    Problema del corazón    Dolores de cabeza frecuentes    Desorden genético  
 Uso de alcohol/ Droga    Pasó la noche en el Hospital    Accidente en la cabeza  
 Anemia / Deficiencia de Hierro    Problema psicológico emocional    Deficiencia en atenc  
 Sed excesiva /orina excesivamente    Accidente y lastimadura graves # de veces \_\_\_\_\_  
 Alergias \_\_\_\_\_ Otras preocupaciones médicas \_\_\_\_\_

C. ¿Cómo podría afectar la educación de sus hijos, cualquiera de los nombrado arriba? \_\_\_\_\_

**D. Lista de las medicinas que está tomando ahora**

NOMBRE DE LA MEDICINA	DOSIS	DOCTOR

**IV. HISTORIA MÉDICA FAMILIAR**

Tiene la madre, el padre o hermanos cualquiera de los siguiente?

- Ataques     Conducta Impulsiva     Problemas emocionales     Uso de drogas     Hiperactividad  
 Problemas de conducta en la escuela     Desorden Genético     Hospitalización Mental  
 Problemas de dicción/ Lenguaje     Problemas con alcohol     Problemas de aprendizaje  
 Educación Especial

Comentarios:

**V. PREOCUPACIONES ACTUALES:**

**A.** ¿A cuantas escuelas ha asistido su hijo/hija? (Por favor incluya el Kindergarten) \_\_\_\_\_

**B.** Por favor marque las cosas que se relaciona a su hijo/hija:

- Nervioso o inquieto     Agresivo con miembros de la familia     Se escapa de la casa  
 Ansioso     Tímido     No se separa fácilmente     Se distrae fácilmente     Se apega, se aferra fácilmente  
 Falta a clases/ truant     Pelea físicamente     Inactivo     Difícil disciplinar/ desafiante  
 Ha usado un arma     Cruel a animales     Un solitario     Prende fuego a las cosas  
 Problemas en comer     Impulsivo     Se suspendió de la escuela  
 Odia/ teme en ir a la escuela     Destruye la propiedad a propósito     Ha tenido pensamientos suicidas  
 Se lastima a sí mismo/ a     Trató de suicidarse     Roba

**C.** ¿Ha habido algo estresante o cambios importantes en la vida de su hijo/ hija que haya impactado su habilidad para aprender?

- Pérdida de una mascota     Presenció violencia     Enfermedad grave/ accidente  
 Nuevo padrastro     Emoción, física, sexual/Abuso     Muerte de seres queridos o amigos  
 Enfermedad grave de un miembro de familia     Padres separados  
 Otros \_\_\_\_\_

**D.** ¿Cuáles son los puntos fuertes de su hijo/hija? \_\_\_\_\_

**E.** ¿Cuáles son sus debilidades? \_\_\_\_\_

**F.** Comentarios adicionales \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que completa este formulario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Relación al niño/ niña: \_\_\_\_\_

6/04 Spa/mgg