

**PARENT INPUT**  
**INFORMACIÓN DE LOS PADRES**

**Medical and Developmental Information and History**  
**- CONFIDENTIAL -**

**Información e Historia Medicinal y Desarrollo**  
**-CONFIDENCIAL -**

**Student Data / Datos del Estudiante:**

**Student Last Name:** \_\_\_\_\_ **Student First Name:** \_\_\_\_\_  
Apellido del estudiante: \_\_\_\_\_ Primer Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

**Date of Birth:** \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Family Information / Información Familiar**

With whom does the child live (Specify: Biological parents, adoptive parents, etc.): \_\_\_\_\_  
Con quien vive el niño/a (Padres, padres adoptivos, etc.): \_\_\_\_\_

**Legal Guardian:** \_\_\_\_\_  
Guardián legal: \_\_\_\_\_

**Natural Father:** \_\_\_\_\_  
Padre Natural: \_\_\_\_\_

**Father's Occupation:** \_\_\_\_\_  
Ocupación del padre: \_\_\_\_\_

**Cell #:** \_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_  
# Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Health Problems Father:** \_\_\_\_\_  
Problemas de salud del padre: \_\_\_\_\_

**Level of Education: (circle highest level attained) - 8<sup>th</sup> gr. / HS / some college or trade school / college / graduate school)**  
**Nivel de educación: (circule el nivel más alto que asistió) - grado 8/secundaria/algún colegio**

**Natural Mother:** \_\_\_\_\_  
Madre natural: \_\_\_\_\_

**Mother's Occupation:** \_\_\_\_\_  
Ocupación de la madre: \_\_\_\_\_

**Cell #:** \_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_  
# Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Health Problems-Mother:** \_\_\_\_\_  
Problemas de salud de la madre: \_\_\_\_\_

**Level of Education: (circle highest level attained) - 8<sup>th</sup> gr. / HS / some college or trade school / college / graduate school)**  
**Nivel de educación: (circule el nivel más alto que asistió) - grado 8/secundaria/algún colegio**

**How many children in family household?** \_\_\_\_\_  
**¿Cuántos niños hay en casa?**

**Ages of children:** \_\_\_\_\_  
**Edades de los niños:** \_\_\_\_\_

Please **check only** if either of this child's natural parents, or immediate family members, experienced any of the following, which could have contributed to your child's school difficulties:

Favor **de marcar solamente** si alguno de los padres naturales del niño, o miembro de familia inmediata, tiene alguna situación que haya tenido que ver con las dificultades de escuela de su niño:

- Loss of their home / Perdida de casa
- Parental separation/divorce / Divorcio/separación de padres
- Incarceration of a family member / Encarcelamiento de algún miembro de familia
- Death of a family member / Muerte de algún miembro de la familia
- Loss of employment of a major wage earner / Perdida de trabajo del padre que gana más dinero
- Serious illness of a family member / Enfermedad seria de algún miembro de la familia
- Emotional problems/psychiatric history / Historia de problemas psiquiátricos o emocionales

If yes, explain: \_\_\_\_\_

Si su respuesta es sí, favor de explicar: \_\_\_\_\_

### **Educational Information / Información Educacional**

What is your understanding as to why your child is being referred for a possible evaluation? (if a re-evaluation, please leave blank):  
¿Cuál es su entendimiento de porque su hijo/a fue referido para una posible evaluación? (Si es re-evaluación, favor dejar blanco)

\_\_\_\_\_

What concerns do you have about your child's education?  
¿Qué preocupaciones tiene usted tocante a la educación de su hijo/a?

\_\_\_\_\_

Any other information or concerns you want to share with your child's school team?  
¿Alguna otra información que quiera usted compartir con el equipo tocante su hijo/a?

\_\_\_\_\_

Has your child ever received Special Education services or Early Childhood Intervention Programming? Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Ha recibido servicios de educación especial o de programas de intervención temprana? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### **Medical/Developmental/Health Information Información de Salud y Desarrollo**

#### **Prenatal/Infancy/Delivery Information Información prenatal/Infantil**

Mother's age at birth: \_\_\_\_\_

Edad de la madre al tiempo del nacimiento del niño/a:

Did the mother visit doctor regularly during pregnancy? Yes/ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Visitó la madre al doctor regularmente durante el embarazo?

Was there any difficulty during the pregnancy? Yes/ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Hubo alguna dificultad durante el embarazo?

If yes, please explain: \_\_\_\_\_

Si su respuesta fue sí, favor de explicar: \_\_\_\_\_

Did the mother take medication during pregnancy? Yes/ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Tomo medicamento la madre durante el embarazo?

If yes, please list: \_\_\_\_\_

Si su respuesta fue sí. Favor de indicar \_\_\_\_\_

Did the mother receive anesthesia during delivery? Yes/ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Recibió anestesia la madre cuando nació el niño/a?

Did mother smoke during the pregnancy? Yes/ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Fumó la madre durante el embarazo?

Did mother use alcohol during pregnancy? Yes/ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Usó alcohol la madre durante el embarazo?

Did mother use drugs during pregnancy? Yes/ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Uso drogas la madre durante el embarazo?

If yes, please list \_\_\_\_\_

Si su respuesta fue sí. Favor de hacer indicar

Length of pregnancy: \_\_\_\_\_ weeks / \_\_\_\_\_ months

Tiempo de embarazo: \_\_\_\_\_ semanas \_\_\_\_\_ meses

Any difficulty during delivery? Yes/ Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Explain: \_\_\_\_\_

¿Alguna dificultad durante el embarazo? Explique:

Length of labor: \_\_\_\_\_ hour Birth: (circle one) Vaginal Cesarean /Cesaría

Duración del parto \_\_\_\_\_ horas Nacimiento (circule uno)

Any Complications? (cyanosis, meconium, cord compression, etc.) Yes/Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Alguna complicación? (cianosis, meconio, compresión de cordón umbilical, etc.)

Explain/Explique: \_\_\_\_\_

Trauma to infant (lack of oxygen, life support, heart problems, etc.)? Yes/Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Trauma al bebe (falta de oxígeno, apoyo de máquina para sobrevivir, problema del corazón)?

Explain/Explique: \_\_\_\_\_

Any birth defects? Yes/Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Algún defecto al nacer?

Explain/Explique: \_\_\_\_\_

Was there jaundice? Yes/Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Hubo Ictericia? (piel amarillenta)?

Explain and indicate treatment received: \_\_\_\_\_

Explique e indique el tratamiento recibido:

Was child released from hospital with mother? Yes/Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Cuándo salió la madre del hospital, también el niño/a salió con ella?

Explain/Explique: \_\_\_\_\_

Birth weight: \_\_\_\_\_ lbs./libras \_\_\_\_\_ oz.

Peso al nacer:

Any difficulties during infancy? Yes/Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Hubo dificultades durante la infancia?

Explain/Explique: \_\_\_\_\_

Were there any episodes of seizures? Yes/Si/Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Hubo algún episodio de convulsiones?

Explain/Explique: \_\_\_\_\_

Was there Anoxia (lack of oxygen)? Yes/Si \_\_\_ No \_\_\_  
¿Hubo Anoxia (falta de oxígeno)?

Explain/Explique: \_\_\_\_\_

Was there any use of life support systems? Yes/Si \_\_\_ No \_\_\_  
¿Hubo uso del sistema de Apoyo para sobrevivir?

Explain/Explique: \_\_\_\_\_

Did the child gain weight consistently during the first year of life? Yes/Si \_\_\_ No \_\_\_  
¿Subió de peso consistentemente durante el primer año de vida?

Explain/Explique: \_\_\_\_\_

### Developmental History

**Parent reports developmental milestones were within normal parameters**

Padres reportan que hubo tiempo de desarrollo que fue de parámetros normales

**-OR/O-**

**Parent indicated the following areas of developmental delays**

Padres indicaron que hubo áreas de desarrollo tardado

**Please select only one answer for each question/ Seleccione solo una respuesta para cada pregunta**

**When did your child begin the following?**

**¿Cuándo empezó su niño a hacer lo siguiente?**

|   |                                     |                           |                                      |
|---|-------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------|
| Rolling over by self:<br>Voltearse solo                               | Before 2 mos.<br>Antes de 2 meses   | 3-4 mos.<br>3-4 meses     | After 6 mos.<br>Después de 6 meses   |
| Sitting without support:<br>Sentarse sin ayuda                        | Before 5 mos.<br>Antes de 5 meses   | 5-8 mos.<br>5-8 meses     | After 8 mos.<br>Después de 8 meses   |
| Crawling on hands and knees:<br>Gatear con sus manos y rodillas       | Before 6 mos.<br>Antes de 6 meses   | 6-9 mos.<br>6-9 meses     | After 9 mos.<br>Después de 9 meses   |
| Walking independently:<br>Andar independientemente                    | Before 10 mos.<br>Antes de 10 meses | 10-18 mos.<br>10-18 meses | After 18 mos.<br>Después de 18 meses |
| Saying first words:<br>Hablar las primeras palabras                   | Before 12 mos.<br>Antes de 12 meses | 12-18 mos.<br>12-18 meses | After 18 mos.<br>Después de 18 meses |
| Talking in simple 2-3 word sentences<br>Hablar frases en 2-3 palabras | Before 24 mos.<br>Antes de 24 meses | 24-36 mos.<br>24-36 meses | After 36 mos.<br>Después de 36 meses |
| Toilet training begun:<br>Ir al baño solo                             | Before 24 mos.<br>Antes de 24 meses | 24-40 mos.<br>24-40 meses | After 40 mos.<br>Después de 40 meses |
| Toilet training complete:<br>Entrenamiento del baño completo          | Before 30 mos.<br>Antes de 30 meses | 30-42 mos.<br>30-42 meses | After 42 mos.<br>Después de 42 meses |

Did your child begin talking normally, then stop at some later date? Yes/Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Empezó su niño hablar normalmente y después paro después de un tiempo?

If Yes/Si, please explain: \_\_\_\_\_

Si su respuesta fue Sí, favor de explicar:

\_\_\_\_\_

## Medical History / Historia de Medicamento

     **According to the health history, student has had no serious illnesses or injuries**

Según la historia de salud, el estudiante no tuvo enfermedades o heridas serias

**-OR/O -**

     **According to the health history, student has experienced the following difficulties**

Según la historia de salud, el estudiante ha experimentado las siguientes dificultades

Significant illness? Yes/Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Explain/Explique: \_\_\_\_\_  
¿Enfermedades significantes?

Serious accident? Yes/Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Explain/Explique: \_\_\_\_\_  
¿Accidentes serios?

Surgery/Hospitalization? Yes/Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Explain/Explique: \_\_\_\_\_  
¿Cirugías/Hospitalización?

Seizures? Yes/Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Explain/Explique: \_\_\_\_\_  
¿Convulsiones?

Fevers above 103 degrees? Yes/Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Explain/Explique: \_\_\_\_\_  
¿Fiebres arriba de 103 grados?

**Vision problems?** Yes/Si \_\_\_ No \_\_\_ Glasses or Contacts  
¿Problemas con la vista? Gafas o Lentes de contactos

Explain/Explique: \_\_\_\_\_

Hearing problems? Yes/Si \_\_\_ No \_\_\_ Explain/Explique: \_\_\_\_\_  
¿Problemas de audición?

Wears hearing aids? Yes/Si \_\_\_ No \_\_\_ Explain/Explique: \_\_\_\_\_  
¿Usa audífonos?

Repeated ear infections/tubes? Yes/Si \_\_\_ No \_\_\_ Explain/Explique: \_\_\_\_\_  
¿Infección de oídos repetibles/tubos?

Asthma? Yes/Si \_\_\_ No \_\_\_\_\_ Explain/Explique: \_\_\_\_\_  
¿Asma?

Significant head injury, concussion, loss of consciousness? Yes/Si \_\_\_ No \_\_\_  
¿Herida significativa en la cabeza, concusiones, pérdida de conciencia?

Explain/Explique: \_\_\_\_\_

Difficulty eating or drinking? Yes/Si \_\_\_ No \_\_\_ Explain/Explique: \_\_\_\_\_  
¿Dificultad comiendo o bebiendo

Takes medication (Please list): \_\_\_\_\_  
¿Toma medicamento? (indiqué)

Respiratory Problems? Yes/Si \_\_\_ No \_\_\_ Explain/Explique: \_\_\_\_\_  
¿Problemas respiratorias?

Has your child ever been diagnosed with ADD/Attention Deficit/Hyperactivity Disorder? Yes/Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_  
¿Nunca le han diagnosticado a su hijo/a de TDA/Déficit de Atención e Hiperactividad?

Explain/Explique: \_\_\_\_\_

Has your child ever been treated for other medical/Psychiatric disorders? Yes/Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Nunca ha sido su niño/a tratado/a por algún otro desorden medicinal o psiquiátrico?

When / Cuando? \_\_\_\_\_

## Functional Information / Información Funcional

**Please check the following that describe your child:**

**Favor de marcar lo siguiente que más bien describa a su hijo/a:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Overactive / Súper activo                 | <input type="checkbox"/> Peer difficulties / Dificultad con otros niños |
| <input type="checkbox"/> Socially avoidant/ Insocial               | <input type="checkbox"/> Short attention span / Pierde la atención      |
| <input type="checkbox"/> Easily frustrated / Se frustra fácilmente | <input type="checkbox"/> Aggressive / Agresivo                          |
| <input type="checkbox"/> Often unhappy / A menudo descontent       | <input type="checkbox"/> Homework problems / Problemas con la tarea     |
| <input type="checkbox"/> Fire-setting / Empieza lumbres            | <input type="checkbox"/> Impulsive / Impulsivo/a                        |
| <input type="checkbox"/> Self-mutilating / Se mutila a si mismo    | <input type="checkbox"/> Truant / Ausente                               |
| <input type="checkbox"/> Shy / Tímido                              | <input type="checkbox"/> Under active / Bajo de actividad               |
| <input type="checkbox"/> Cruel to animals/ Cruel con los animales  | <input type="checkbox"/> Disruptive / Destructivo/a                     |
| <input type="checkbox"/> Lacks self control / Falta de control     | <input type="checkbox"/> Over anxious / Sobre ansioso                   |
| <input type="checkbox"/> Unmotivated / No es motivado              | <input type="checkbox"/> Excessive fears / Tiene miedo excesivo         |
| <input type="checkbox"/> Drugs/alcohol / Usa drogas/alcohol        | <input type="checkbox"/> Defiant / Desafiante                           |
| <input type="checkbox"/> Overreacts when faced with a challenge    | <input type="checkbox"/> Disorganized / Desorganizado                   |
| <input type="checkbox"/> Sobre reacciona cuando es desafiado       |   |

Is there any other information about your child that you would like to share? (household composition, family finances, parent work history, housing history, child's ordinal position, intrafamilial relationships, contact with extended family, important changes in family in relation to current problem, contact with other agencies, parent's description of behavior at home including play habits, responsibilities, personality traits, discipline used, relationships with peers, siblings, parents)

¿Hay alguna otra información de su niño que usted quisiera compartir? (familia, finanzas, trabajo de padres, relaciones interfamiliar, contacto con otros miembros de la familia, cambios importantes entre la familia, entre relaciones de problemas corrientes, contacto con otras agencias, descripción de niño/a tocante el comportamiento incluyendo a modos de jugar, responsabilidades, personalidad, disciplina usada, relaciones con sus amigos, hermanos, padres)

---

---

---

**IF YOUR CHILD IS IN PRESCHOOL, Please answer these additional questions.  
SI SU HIJO ESTA EN LA ESCUELA PRE-ESCOLAR, Favor de contestar las preguntas adicionales.**

Does the child have problems with any of the following? (Check all that apply):  
¿Tiene su hijo/a problemas con lo siguiente? (marque todo lo que aplique):

Chewing / Masticar       Swallowing / Tragar       Drooling / Babear

Does your child respond to: (Check all that apply):  
Responde su hijo/a (marque todo lo que aplique):

Touch / Tocar       Noise / Ruido       Voices / Voces       Speech / Hablar

In what ways does your child respond? Check all that apply:  
¿De qué modo responde su hijo/a? (Marque todo lo que aplique):

Moves body / Mueve el cuerpo       Moves head / Mueve la cabeza  
 Gestures / Hace gestos       Signs / Señas  
 Makes sounds / Hace ruido       Uses speech / Usa palabras

Your child's speech is best described as follows (Check one):  
El lenguaje de su niño/a se describe mejor como lo siguiente (marque uno):

Has no speech / No habla  
 Speech is not understandable at all / No se le entiende nada de lo que dice  
 Speech is usually understood by family members but rarely by strangers  
Los miembros de la familia entienden lo que el niño/a dice, los extraños raramente le entienden  
 Speech is normal for a child of this age / El lenguaje es normal para un niño/a de su edad

The number of words your child uses is:  
El número de palabras que usa su niño/a es:

Less than 10 / Menos de 10  
 10-50  
 50-100  
 More than 100 / Más de 100

Your child says / Su niño/a dice:

Single words / Palabras individuales  
 2 to 3 words together / 2-3 palabras juntas  
 3 to 4 words together / 3-4 palabras juntas  
 Speaks in sentences / Habla en frases

What is the most independent thing your child can do? \_\_\_\_\_  
¿Cuál es la cosa más independiente que puede hacer su hijo/a?

Does your child need any special equipment to be as independent as possible? \_\_\_\_\_  
¿Necesita su niño/a algún equipo especial para ser lo más independiente posible?