

SERVICIOS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA DE KERN

- CENTRO REGIONAL DE KERN - (661) 327-8531 • FAX (661) 327-8676
- SELPA DEL DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE BAKERSFIELD - (661) 631-5850 • FAX (661) 631-3289
- CONSORCIO SELPA DEL CONDADO DE KERN - (661) 636-4817 • FAX (661) 636-4810
- SELPA DE SIERRA SANDS - (760) 375-3363 • FAX (760) 375-3338

INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO Y LA FAMILIA

Consentimiento para el Asesoramiento firmado

Los padres desean copias del formulario completado

Fecha: _____

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN IDENTIFICADA DEL NIÑO/A

Nombre completo del niño: _____ M F
(Nombre, 2do. Nombre, Apellido)

Alias: _____

Fecha de nacimiento: _____ idioma principal: _____ Grupo étnico: _____

Certificado de Nacimiento #: _____

SS#: _____ SELPA ID #: _____ UCI#: _____

Medi-Cal #: _____ Otro ID: _____

Dirección actual: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfonos: casa: (____) _____ Trabajo: (____) _____ Distrito Escolar donde Reside: _____

- El niño vive con:
- padres naturales o adoptivos (completar la sección 2 y 4)
 - padres de cuidado temporal (completar la sección de abajo)
 - tutores legales (completar la sección de abajo)
 - LCI (completar la sección de abajo)
 - Otro: _____

Adultos que proporcionan su cuidado (si no son los padres):

Nombre(s): _____ Relación: _____

Cuanto tiempo hace que el niño está con las personas nombradas: _____

Teléfonos: casa: (____) _____ Trabajo: (____) _____

Teléfono para Recados: (____) _____ Persona: _____ Lenguaje: _____

Trabajadora social: _____ Organización: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

(marque uno)

- ¿Se ha completado la búsqueda de los padres? sí no n/a
- ¿Se necesita asignar un padre sustituto? sí no n/a ¿Quién fue asignado? _____
- ¿Han nombrado los padres un representante para las cuestiones de educación? sí no n/a ¿Quién fue nombrado? _____

Intérprete que asistió en la entrevista: _____

Persona(s) entrevistada(s) para obtener la información: _____

Persona que completó este formulario: _____

Organización: _____ Teléfono: (____) _____

Fecha: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO Y LA FAMILIA (continuación)

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN SOBRE LOS PADRES

NOMBRE DE LA MADRE: _____ Apellido de soltera: _____ (marque uno)
 _____ Último grado de educación completado: _____ natural
 _____ madrastra
 _____ adoptiva

Fecha de nacimiento: _____ Lugar: _____ Idioma principal: _____ S S #: _____

Dirección actual: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono: casa: (____) _____ Trabajo: (____) _____ Ocupación: _____

Teléfono para recados: (____) _____ Persona: _____ Idioma: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ Apellido de soltera: _____ (marque uno)
 _____ Último grado de educación completado: _____ natural
 _____ padrastra
 _____ adoptiva

Fecha de nacimiento: _____ Lugar: _____ Idioma principal: _____ S S #: _____

Dirección actual: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Dirección postal: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono: casa: (____) _____ Trabajo: (____) _____ Ocupación: _____

Teléfono para recados: (____) _____ Persona: _____ Idioma: _____

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN FINANCIERA

Esta información no es usada para determinar elegibilidad/servicio.

		Ingreso Familiar
____ SSI, Cantidad _____	____ SSA, Cantidad _____	____ Menos de \$8,000
____ AFDC, Cantidad _____	____ Estampillas de Comida, Cantidad _____	____ \$8,001 - \$16,000
____ AFDC-FC, Cantidad _____	____ WIC _____	____ \$16,001 - \$24,000
____ CCS, # _____ Condición elegible _____		____ \$24,001 - \$32,000
____ Aseguranza privada/Nombre de la compañía _____		____ \$32,001 - \$40,000
____		____ \$40,001+
____ Otro, _____		

SECCIÓN 4: AGENCIA INVOLUCRADA

Identifique las agencias involucradas con el niño (a)/Familia:

Agencia _____ Encargado del caso _____

Agencia _____ Encargado del caso _____

Agencia _____ Encargado del caso _____

Agencia _____ Encargado del caso _____

Agencia _____ Encargado del caso _____

INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO Y LA FAMILIA (continuación)

SECCIÓN 5: INFORMACIÓN SOBRE OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA

Hermanos/otros adultos en el hogar:

Nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Parentesco	Comentarios

SECCIÓN 6: HISTORIAL DE SALUD/ MÉDICA

A. HISTORIAL PRENATAL Y DE NACIMIENTO

1. Edad de la madre en este nacimiento: _____
2. Número de embarazos (incluyendo la de este niño/a): _____
3. Número de nacimientos logrados: _____
4. Mes en que recibió cuidado prenatal por primera vez: _____
¿Dónde?
5. ¿Problemas o enfermedades durante este embarazo?
Sí es así, describa.
6. ¿Usó alcohol o drogas usadas durante este embarazo? ___ No ___ Si
7. ¿Tomó medicinas durante este embarazo? ___ No ___ Si
Describa:
8. ¿Duración de este embarazo?: _____
9. Nombre del Hospital en donde dio a luz: _____
10. ¿Tuvo problemas durante el parto? ___ No ___ Si
Sí es así, describa.
11. Duración del parto: _____
12. Tipo de parto:
___ Vaginal, cabeza primero ___ de sentaderas
___ ¿Se usaron Fórceps? ___ Cesárea (de emergencia / planeado)
13. Peso al nacer: _____ Estatura al nacer: _____
14. ¿Tuvo la madre alguna dificultad después del parto? ___ No ___ Si
Sí es así, describa.
15. ¿Cuánto tiempo estuvo la madre en el Hospital? _____
16. ¿Cuánto tiempo estuvo el bebé en el Hospital? _____ días/meses
¿Fue transferido el bebé a otro hospital? ___ No ___ Si
Sí es así, nombre el hospital y explique porque fue transferido el bebé.

B. HISTORIAL MÉDICO DEL RECIEN NACIDO/INFANTE

1. ¿Tuvo algún problema después del nacimiento? ___ No ___ Si
Sí es así, describa

INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO Y LA FAMILIA (continuación)

2. Alimentación:
- Se le dió o se le está dando pecho/botella/tubo
 - ¿Qué tipo de formula y cantidad?
 - ¿Esta el niño/a comiendo comida de bebé o solida?
 - ¿Tiene alguna dificultad pasando líquidos o sólidos? ____ No ____ Si
Si es así, describa.

3. Historial del Desarrollo

- a. A que edad empezó el bebé a:
- | | |
|------------------------------|--------------------------------|
| 1. Voltearse _____ | 6. Darse de comer solo/a _____ |
| 2. Sentarse solito/a _____ | 7. Correr _____ |
| 3. Salirle los dientes _____ | 8. Ir al baño _____ |
| 4. Gatear _____ | 9. Quitarse la ropa _____ |
| 5. Caminar solo/a _____ | 10. Ponerse la ropa _____ |

Comentarios:

C. ESTADO/DESARROLLO DEL HABLA Y LENGUAJE

- ¿Cuándo empezó el niño/a a balbucear? _____
- ¿Cuándo hablo el niño/a su primera palabra? _____
- ¿Cuándo puso palabras juntas el niño/a? _____
- ¿Cuándo uso oraciones el niño/a? _____
- ¿Entiende el niño/a cuando se le dan instrucciones y las lleva a cabo cuando se le pide que lo haga? _____
- ¿Tartamudea el niño/a? _____
- ¿Es más lento o rápido el desarrollo del lenguaje del niño/a que el de sus hermanos? _____
- ¿Cómo se comunica el niño/a?
 - con gestos _____
 - con varias oraciones _____
 - con vocabulario _____
 - imita fácilmente _____
 - Se rehúsa a intentarlo _____
 - ¿Puede ser el niño/a entendido/a por?:
 - sus padres _____
 - Parientes _____
 - Extraños _____
 - Otros niños/as _____
 - ¿Tiene algún miembro de la familia dificultades del habla o del oído? _____
 - ¿Ha sido el niño visto para una evaluación del habla, examinado, o se le ha dado terapia? Sí es así, ¿en donde? _____

Servicios Médicos/Exámenes	Proveído por	Domicilio	Fecha	Actualmente siguiendo niño(a)/Familia (sí/no)
Oído	_____	_____	_____	_____
Vista	_____	_____	_____	_____
MRI	_____	_____	_____	_____
CAT scan	_____	_____	_____	_____
Genético	_____	_____	_____	_____
Metabolismo	_____	_____	_____	_____
Exámenes educacionales/ de Desarrollo	_____	_____	_____	_____
Exámenes Psicológicos	_____	_____	_____	_____
Otros:	_____	_____	_____	_____

INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO Y LA FAMILIA (continuación)

D. HISTORIAL FAMILIAR DE NACIMIENTO

1. ¿Ha tenido alguien en la familia del niño algún problema similar? No Si
Si contestó SÍ, por favor describa. _____

2. Por favor marque si algún pariente de los dos lados de la familia ha tenido alguno de los siguientes problemas (considere a los abuelos, tíos, tías, hermanos):
- | | |
|---------------------------|---------------------------|
| Retrasos mentales | Enfermedad del corazón |
| Enfermedad muscular | Problemas mentales |
| Parálisis cerebral | Problemas emocionales |
| Problemas del aprendizaje | Alergias |
| Hiperactividad | Enfermedad de la tiroides |
| Diabetes , Hipoglucemia | Defectos de nacimiento |
| Ataques/Epilepsia | Uso del alcohol/drogas |
| Sickle Cell | Tuberculosis |
| Vista | Marcas de Nacimiento |
| Oído | Cáncer |

SECCIÓN 7: ESTADO ACTUAL DE SALUD

1. Peso _____ Altura _____ Circunferencia de la cabeza _____
2. Vista: Fecha del último examen _____ Ojo derecho _____ Ojo Izquierdo _____ Evaluado en _____
3. Oído: Fecha del último examen _____ oído derecho _____ oído Izquierdo _____ Evaluado en _____
4. Estado dental: _____
5. Estado de la vacunas: _____
6. ¿Ha tenido el niño/a enfermedades serias, accidentes, lastimadura en su cabeza, hospitalizaciones, operaciones? No Si
Sí es así, describa.
7. Diagnostico: _____

8. Doctor/es actuales: _____

9. Esta tomando actualmente el niño/a medicamentos/vitaminas No Si
Si es así, complete lo siguiente.
- | Nombre de la medicina | Dosis | Doctor que la pre-escribió | Razón |
|-----------------------|-------|----------------------------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
10. Alergias: _____

11. Citas médicas pendientes:
- | Fecha | Doctor/Clinica | Razón |
|-------|----------------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO Y LA FAMILIA (continuación)

Fechas de las vacunas: (mes/día/año)

	#1	#2	#3	#4	#5
Polio					
DPT					
Sarampión					
Rubéola					
Paperas					
Tuberculosis (fecha y resultado)					
HIB					
Hepatitis B					

Atrasadas: _____ Si _____ No Razón: _____

Prescindidas: _____ Si _____ No Razón: _____

SECCIÓN 8: NECESIDADES/INQUIETUDES/PRIORIDADES DE LA FAMILIA

1. ¿Tiene alguna inquietud referente a su hijo/a?

2. ¿Qué tipo de servicios desea para su hijo/a?

Comentarios:

