



Standard Intake Questionnaire-Child

Fecha de hoy: ____/____/____

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo: Masculino [] Femenino [] No binario [] Otro []

Nombre de los padres/tutor(es): _____

Dirección: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Escuela: _____ Grado: _____

¿Quién le refirió a nuestro programa?: _____

Seguro médico: _____ Número de cuenta: _____

PREOCUPACIONES

¿Cuáles son sus principales preocupaciones acerca de su hijo/a? Describalas con detalle.

Factores que agravan:

Factores que alivian:

SÍNTOMAS ACTUALES

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Energía excesiva | <input type="checkbox"/> Irritabilidad | <input type="checkbox"/> Cambios en el sueño |
| <input type="checkbox"/> Problemas de apetito | <input type="checkbox"/> Fatiga | <input type="checkbox"/> Pérdida de interés | <input type="checkbox"/> Suspiciosidad |
| <input type="checkbox"/> Evitación | <input type="checkbox"/> Culpa | <input type="checkbox"/> Ataques de pánic | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Episodios de llanto | <input type="checkbox"/> Alucinaciones | <input type="checkbox"/> Pensamientos acelerados | |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Impulsividad | <input type="checkbox"/> Actividad riesgosa | |



NUTRICIÓN / INFORMACIÓN SOBRE DESCANSO

¿Su hijo/a tiene comidas programadas regularmente? _____

¿Su hijo/a consume bebidas con cafeína? Si respondió "Sí", ¿cuántas por día? _____

¿Su hijo/a tiene una hora fija para acostarse? _____

¿Cuántas horas duerme su hijo/a por noche? _____

HISTORIAL LEGAL Y/O DE SERVICIOS SOCIALES

¿Alguna vez su hijo/a ha sido arrestado(a) o detenido(a)? Si respondió "Sí", ¿cuándo y por qué? _____

¿Alguna vez su hijo/a ha sido enviado(a) a un centro correccional? _____

¿Su hijo/a está actualmente en un programa correccional? _____

¿Su hijo/a ha sido suspendido(a) o expulsado(a) de la escuela? _____

HISTORIAL MÉDICO / PSIQUIÁTRICO

Frecuencia de ejercicio: _____

Tipo de ejercicio: _____

Alergias: _____

¿Qué medicamentos está usando actualmente? _____

Diagnósticos previos / tratamiento de salud mental: _____

Tratado previamente por: _____

Medicamentos previos: _____

Fechas de tratamiento: _____

Condiciones médicas previas: _____

¿Su hijo/a tiene antecedentes de lo siguiente? NO SÍ DESCRIBA (¿Qué/cuándo?) / Tratamiento

Infecciones de oído / ¿Cuántas? _____

Convulsiones _____

Cirugías _____

Enfermedad grave _____

Traumatismo craneal _____

Problemas cardíacos _____

Síndrome especial _____

Otro: _____



NO SÍ FECHA POR QUIÉN RESULTADOS

Examen de la vista _____

Examen de audición _____

¿Su hijo/a usa lentes?

No Sí Si respondió "Sí", describa la razón por la cual fueron recetados:

¿Su hijo/a usa aparatos auditivos u otros dispositivos para escuchar?

No Sí Si respondió "Sí", describa la razón por la cual fueron recetados:

SOCIAL Y EMOCIONAL – CONDUCTA Y PREOCUPACIONES

¿Cómo describiría a su hijo/a?

- | | | |
|---|--|---|
| Tranquilo(a) | <input type="checkbox"/> Enojado(a) | <input type="checkbox"/> Imaginativo(a) |
| <input type="checkbox"/> Activo(a) | <input type="checkbox"/> Agresivo(a) | <input type="checkbox"/> Juega bien con otros / Se lleva bien con otros |
| <input type="checkbox"/> Dificultad controlando emociones | <input type="checkbox"/> Deprimido(a) | <input type="checkbox"/> Dificultad separándose de los padres |
| <input type="checkbox"/> Cariñoso(a) | <input type="checkbox"/> Tímido(a) | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Impulsivo(a) | <input type="checkbox"/> Desea agradar a otros | |
| <input type="checkbox"/> Violento(a) | <input type="checkbox"/> Amistoso(a) / Extrovertido(a) | |

HISTORIAL FAMILIAR

(Circule 1 – Madre o Padre) Nombre del parente/madre: _____

Edad: _____ Nivel educativo: _____

¿Existen problemas de aprendizaje, desarrollo o de salud? Si respondió "Sí", descríbalo:



(Circule 1 – Madre o Padre) Nombre del parent/madre: _____

Edad: _____ Nivel educativo: _____

¿Existen problemas de aprendizaje, desarrollo o de salud? Si respondió “Sí”, descríbalos:

Nombre del hermano(a)	Edad	Problemas de aprendizaje, desarrollo o salud?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Ambos padres viven en el hogar? No Sí

¿Los padres del niño/a se divorciaron? Si respondió “Sí”, ¿qué edad tenía el niño/a?: _____

¿Los padres del niño/a se volvieron a casar? Si respondió “Sí”, ¿qué edad tenía el niño/a?: _____

¿Quién crió al niño/a? ¿Dónde creció?: _____

¿El niño/a es adoptado(a)? Si respondió “Sí”, ¿a qué edad?: _____

¿Existe historial familiar de lo siguiente? NO Sí Parentesco con el niño/a

Retrasos en el habla: _____

Retrasos del desarrollo: _____

Autismo: _____

Discapacidades de aprendizaje: _____

Otro: _____

¿Ha habido experiencias o cambios en el hogar/familia que puedan haber afectado a su hijo/a (divorcio, muerte, cambios frecuentes de residencia, enfermedades prolongadas)? _____

¿Usted (padre/madre/tutor) ha estado encarcelado(a)? Si respondió “Sí”, ¿cuándo y por cuánto tiempo?: _____



¿Usted (padre/madre/tutor) ha estado sin hogar alguna vez? Si respondió "Sí", ¿cuándo y por cuánto tiempo?

¿Ha recibido o está recibiendo asistencia pública? _____

FORMACIÓN RELIGIOSA / ESPIRITUAL

¿Es usted miembro de una religión o grupo espiritual?: _____

¿Su hijo/a es miembro de una religión o grupo espiritual?: _____

¿En qué actividades participa su hijo/a relacionadas con la religión o grupo espiritual? _____

HISTORIA PRENATAL	NO	SÍ	DESCRIBA
Enfermedad durante el embarazo	_____	_____	_____
Accidentes durante el embarazo	_____	_____	_____
Exposición a toxinas / rayos X	_____	_____	_____
Cigarrillos, alcohol, drogas	_____	_____	_____
Otras complicaciones	_____	_____	_____
Medicamentos	_____	_____	_____

INFORMACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

A término _____ Prematuro _____ ¿Cuántas semanas?: _____ Vencido: _____ ¿Cuántos días/semanas?: _____

¿En qué mes comenzó la atención prenatal?: _____

Parto vaginal _____ Cesárea _____ De nalgas (breech) _____

¿Hubo problemas durante el nacimiento? _____

Peso al nacer: _____ Estatura: _____ Puntaje Apgar (si se conoce): _____

Condición al nacer: Buena _____ Ictericia (amarillo) _____ Problemas respiratorios _____ Problemas de alimentación _____

¿Hubo problemas o tratamiento después del nacimiento?

No Sí Si respondió "Sí", explique (ej., oxígeno, intubación, luces, cirugía o necesidad de hospitalización prolongada) _____

¿Fue amamantado/a? No Sí Si respondió "Sí", ¿a qué edad dejó de amamantar?: _____

¿Su hijo/a ha perdido alguna habilidad previamente adquirida? No Sí

Si respondió "Sí", describa detalladamente qué habilidades se perdieron y cuándo ocurrió:

**HITOS DEL DESARROLLO**

Edad aprox.

Edad aprox.

Gateó en manos y rodillas: _____

Destete del chupón: _____

Caminó sin necesidad de apoyo: _____

Destete del biberón: _____

Dijo sus primeras palabras reales: _____

Entrenamiento para ir al baño: _____

Combinó 2-3 palabras: _____

Jugó al “peek-a-boo” (cucú-tras): _____

Señalaba para pedir algo o para dirigir la atención hacia un objeto: _____

¿Su hijo/a recibe servicios terapéuticos o educativos? No Sí

Si respondió “Sí”, si tiene una copia de los informes, por favor adjúntela.

PROVEEDOR DE SERVICIOS PRIVADOS

Profesional / Servicio	Nombre del proveedor	Mejor información de contacto
Trabajador(a) social		
Patólogo(a) del habla y lenguaje		
Terapeuta ocupacional		
Fisioterapeuta (Physical Therapist)		
Especialista en alfabetización		
Educador(a) de personas sordas		
Consejería / Salud mental		
Terapia conductual		
Otro		



HISTORIAL ACADÉMICO DIAGNÓSTICOS PREVIOS Y ANTECEDENTES EDUCATIVOS / TERAPÉUTICOS

¿Alguna vez su hijo/a ha recibido los siguientes diagnósticos? (Marque todos los que correspondan)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Retraso / Trastorno del lenguaje | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Retrasos/discapacidad en el desarrollo general |
| <input type="checkbox"/> Apraxia del habla (Speech Sound Apraxia) | <input type="checkbox"/> Retrasos/dificultades en lectura | <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de fluidez | <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de la voz | <input type="checkbox"/> Retrasos/discapacidad intelectual o cognitiva | <input type="checkbox"/> Retrasos/Trastornos sociales o emocionales |
| <input type="checkbox"/> Trastorno del espectro autista | <input type="checkbox"/> Retrasos/discapacidades de motricidad gruesa | <input type="checkbox"/> Dificultad de aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Dislexia | <input type="checkbox"/> Retrasos/discapacidades de motricidad fina | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Disgrafía | | |

¿Su hijo/a asiste actualmente a:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Preescolar | <input type="checkbox"/> Educación en el hogar (Home-school) | <input type="checkbox"/> Escuela secundaria |
| <input type="checkbox"/> Intervención temprana | <input type="checkbox"/> Escuela intermedia | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Guardería | | |

Escuela actual: _____

Grado / Nivel: _____

¿Su hijo/a tiene un plan educativo o familiar individualizado (Plan 504, IEP o IFSP)?

No Sí Si tiene una copia, por favor adjúntela.



¿Su hijo/a recibe los siguientes servicios a través del plan educativo?

Proveedor de servicios escolares	Nombre del proveedor	Mejor información de contacto
Educación especial o maestro de apoyo (Resource Teacher)		
Patólogo(a) del habla y lenguaje		
Terapeuta ocupacional		
Fisioterapeuta (Physical Therapist)		
Especialista en alfabetización		
Educador(a) de personas sordas / Especialista en rehabilitación auditiva		
Otro		

HABILIDADES ACADÉMICAS

¿Tiene preocupaciones acerca de la capacidad de su hijo/a para leer/escribir o aprender en la escuela?

Mi hijo/a aún no está en la escuela. No Sí

Mi hijo/a:

- Está rindiendo como se espera en la escuela.
- Está comenzando a quedarse atrás en la escuela.
- Ha sido identificado(a) con una discapacidad de aprendizaje y está recibiendo servicios en la escuela.

Describa sus preocupaciones actuales acerca de la capacidad de su hijo/a para leer/escribir/aprender:
