Centro Medico de Boston
CUESTIONARIO PARA PADRES
(De Mel Levine's ANSER)

Estamos evaluando a su niño en la clínica del logro de la escuela(SAC). Su entrada de información y comentarios son muy importantes para este proceso.

Nombre de su niño _____
Nombre de usted _____
Parentesco con el niño(a)_____
Telefono del Hogar# _____ Teléfono del trabajo#_____
Domicilio del Hogar_____
Nombre de la escuela del niño(a)_____
Domicilio de la escuela del niño(a)_____
Médico del niño(a)_____
Direccionamiento del medico_____
Número de teléfono del médico _____

Enumere por favor los problemas por los cuales usted desea la ayuda para este niño(a).

_____

_____

_____

Qué le han comentado al niño(a) sobre esta evaluacion?

_____

_____

_____

De quién fue la idea acerca de que el niño tuviera esta evaluacion?

_____

Alguien le refirió específicamente? NO_____SI_____
Quien?_____

Cuales son para usted las fortalezas o virtudes que posee su niño(a)?

_____

_____

_____

La siguente lista es para obtener los antecedents medicos de su niño(a), los cuales pueden ser utiles para evaluar la funcion escolar actualmente. Todas las preguntas estan refiriendose a su niño(a) unicamente. Por favor, seleccione la columna apropiada para dar una respuesta.

Preocupación	**Si**	**No**	**No Sé**
Hubo sangrados durante el embarazo			
Ganó más de 50 libras con el embarazo			
Tuvo alta presion arterial en el embarazo.			
Tuvo que tomar medicamentos durante el embarazo			
Vomito frecuente durante el embarazo			
Sufrio algun daño o lesion durante su embarazo.			
Gano menos de 15 libras durante embarazo			
Se aplico heroína durante embarazo			
Fumo marihuana durante el embarazo			
Consumio Cocaína o Crack durante el embarazo.			
Llego a fumar mas de una cajetilla de cirgarrilos al dia en el embarazo			
Bebió mucho alcohol durante el embarazo			
Abortos previos			

Tuvo bebés prematuros anteriormente			
Tuvo alguna infección durante elembarazo			
Tuvo alguna cesarea previa.			
Tuvo algun parto dificil.			
Nacio el niño(a) con el cordon umbilical alrededor de su cuello.			
Presento alguna lesion el niño(a) durante el nacimiento.			
Tuvo dificultad para respirar al momento de nacer.			
El niño(a) presento color amarillento (ictericia)			
El niño(a) presento color azulado despues del parto.			
El niño era un gemelo o un triate.			
El niño(a) tenía una infeccion al momento de nacer			
Dieron al niño(a) algun medicamento al momento de nacer			
El niño(a) presento convulsions al nacimiento.			
Requirio de Oxígeno al momento de nacer			
El niño(a) tuvo que permanecer mas de 7 dias en el hospital			

El niño(a) vomito frecuentemente en el periodo de recien nacido.			
El niño(a) nacio con un defecto en el Corazon.			
El niño(a) era muy nervioso.			
El niño nacio con algun otro defecto.			
El niño(a) tuvo problemas para succionar (mamar) en el periodo de recien nacido.			

Longitud del embarazo. _____ meses

Peso del nacimiento del bebé. _____Libras._____ Kilogramos.

Lo que sigue es una lista de problemas médicos que su niño pudo haber tenido. Si es correcto, escriba por favor en la columna la edad que el niño(a) tenia cuando presento este problema. Por ejemplo, infecciones del oido: ***De los 2 a los 4 anos, por lo menos 6 infecciones.***

Problema	**Edad**
Infecciones del oído	
Erupciones o problemas de la piel	
Meningitis	
Convulsiones	
Altas fiebres (concluído 103 F o 39 C)	
Neumonia	
Asma	
Enfermedad de la célula de la hoz	
Problemas de la visión	
Aumento lento del peso.	
Problemas auditivos	
Problemas de la vista.	
Problemas del intestino	
Hospitalizaciones	
Cirugía	
Lesión en la cabeza..	
Alergias del alimento	

Otras alergias.	
Anemia.	
Intoxicacion con plomo (anote el nivel mas alto alcanzado).	
Otros envenenamientos o sobredosis.	
Problemas del corazón	
Riñón o problemas urinarios	
Se enfermo despues de haberle aplicado alguna vacuna o inyeccion.	

Enumere por favor cualquier otro problema médico.

1._____

2._____

3._____

4._____

Medicinas usadas en el pasado (por favor lista) _____

_____

_____

Medicaciones actuales (dosis) _____

_____

Lo que sigue es una lista de comportamientos posibles que usted pudo haber visto en su niño. Si sí, ponga por favor en la columna siguiente la edad(es) en la cual su niño experimentó ese comportamiento.

CONDUCTA	EDAD(ES)
Timidez con los extranos.	
Timidez con otros niños	
Rechazo para ir a la escuela o a la guarderia.	
Dificultad en mantener a un horario	
Problemas que van junto con un cambio en rutina.	
Inquietud extrema.	
Tendencia a convertirse en sobreexitado.	
Problemas para sentirse satisfecho	
Deseo de ser cargado en brazos muy a menudo.	
Dificultad para ser consolado.	
Sobrexitado ante ruidos o apariencias.	
Reacción extrema ante el gusto,el tacto o el contacto visual	
Rabietas o berrinches.	
Irritabilidad.	
Gritos a menudo y fácilmente	
Grita mucho	
Era demasiado triste o demasiado feliz	
Golpea su cabeza.	
Inestable en la cama (se mueve mucho)	

Conducta de autodestruccion o dano a si mismo.	
Problemas para hacer contacto visual con otra persona.	
Dificultad para ser carinoso.	
Siempre hacienda ruidos extranos, gruñidos o gemidos.	
Siempre esta sacudiendo sus brazos o su cabeza.	
Dificultad de alimentación	
Apetito extemo	
Comer lo que NO es alimento.	
Apetito pobre.	
Colicos	
Estreñimiento	
Dolores de estómago	
Dificultad para conciliar el sueño	
Dificultad para mantenerse dormido.	
Sueño muy pesado	
Respiración ruidosa o el roncar en sueño	
Tiesura o rigidez	
Pereza o flojera.	
Aparenta estar triste la mayor parte del tiempo.	
Hace comentarios negativos sobre el mismo	
Alterna entre estar muy exitado y muy tranquilo.	
Muestra bajo autoestima.	
Aparece a menudo cansado	
Se queja a menudo de ser estar enfermo	
No acude a la escuela frecuentemente	
Tiene contracciones nerviosas o tics nerviosos	
Ciertos rituales o hábitos en su comportamiento.	
Esta conciente el mismo sobre su apariencia	
Prefiere estar solo la mayor parte del tiempo	
Tiene muchos miedos	
Hace comentarios negativos sobre si mismo	
Se muestra inconciente en la forma en como se relaciona con las demas personas.	
Se asusta fácilmente	
Ha hablado sobre quitarse la vida el mismo.	
Intenta desafiar a la autoridad	
Distorciona la verdad (miente a menudo)	
Se involucra en argumentos con otros niños	
Inicia la pelea con otras personas	
Consigue enojarse fácilmente	
Rompe los reglamentos (no los respeta)	
Actua serenamente y se muestra preocupado.	
Se preocupa mucho.	
Pierde el temperamento cuando se encuentra estresado	
Siempre retirado o de mal humor	

Demuestra poca o ninguna motivacion hacia la escuela	
Moja la cama	
Come excesivamente a menudo	
Mancha la ropa interior	
Se queja de dolores de estómago o de cabeza muy a menudo	
Es rechazado por otros en su categoría de edad	
Se relaciona mejor con niños más jóvenes o adultos	
Dice o hace cosas para molestar a las otras personas	

Los siguientes son muchas preguntas sobre el desarrollo temprano de su niño. Ponga por favor en la segunda columna la edad aproximada (su mejor recuerdo) en la cual el niño(a) podia llevar a cabo dicha tarea.

HABILIDADES	**EDAD**
Se sento sin ayuda	
Gateo	
Camino solo (10-15 pasos)	
Subio las escaleras.	
Montó un triciclo	
Cacho una bola (pelota) grande	
Hablo sus primeras palabras (ejemplo:mama,papa..)	
Hablo frases.	
Hablo frases de 2-3 palabras	
Mostro por tener la mano abierta plenamente	
Hablo claro y entonces la demas gente lo pudo entender	
Utilizo sus dedos para comer el solo.	
Utilizó una cuchara	
Aviso para ir al baño a defecar.	
Aviso para ir al baño a orinar.	
Capaz de vestirse el solo sin ayuda	
Capaz de atar las cintas de sus zapatos	
Capaz de separarse facilmente de sus padres	
Montó la bicicleta (sin las ruedas del entrenamiento)	
Monto un triciclo	
Nombro los colores	
Nombro el valor de las monedas	

Por favor complete la siguiente historia escolar y anote en cada etapa el nombre de la escuela donde curso dicho grado y la fecha.

Tipo de escuela.	**Nombre, ciudad**	**Fechas de la atención.**
Pre-entrenamiento		
Headstart		
Jardín de la infancia 1		
Jardín de la infancia 2.		
Primer Grado		
Segundo grado		
Tercer grado		
Cuarto grado		
Quinto grado		
Sexto grado		
Séptimo grado		
Octavo grado.		
Noveno grado		
Décimo grado		
Undécimo grado		
Duodécimo grado.		

El niño ha repetido algun grado escolar? Si_____ No_____
Qué grado? _____
Cuál es la idioma principal hablado en su hogar? _____
Indique otros lenguajes hablados a veces. _____

Debajo está una lista de los problemas que se notan a veces en famililias. Por favor anote en la columna correspondiente si alguno de los miembros de la familia del niño(a) tiene este problema.

Antecedente del familiar.	**Madre del niño**	**Padre del nino**	**Hermano del niño**	**Hermana del niño**	**Otro (especifique)**
Hiperactivo como niño					
Dificultad para aprender a leer.					
Dificultad para aprender a escribir					
Dificultad para la aritmetica.					
Retrasado en el ciclo escolar					
Problemas para hablar.					
Problemas de comportamiento en la ninez.					

Zurdo.					
Problemas durante la adolescencia.					
Depresión.					
Alguna enfermedad mental.					
Problema con el beber alcohol o sobredosis de drogras.					

Edad actual del padre_____ El nivel de la escuela que terminó_____
Actual ocupación_____
Estado de Salud en General_____
Edad actual de la madre_____ El nivel de la escuela que terminó._____
Actual ocupación_____
Edad de Hermano(s)._____
Edad de Hermana(s)_____

Seleccione por favor cualquiera de las siguientes sobre este niño(a):
Fue adoptado_____ Fue colocado en un centro de adopcion en el pasado_____
Está actualmente adentro de un centro de adopcion_____
Los padres son:
Seperados____ Divorciados_____ Nunca casados_____
Difuntos_____Madre o Padre_____
Si es así el niño vive principalmente con:
Madre_____ Padre_____ Abuelos_____ Padres adoptivos_____

Ha tolerado este **niño** (a) alguna experiencia estresante?. Por favor describala:

_____

_____

_____

Debajo están algunas habilidades comunes que algunos niños tienen. Ponga por favor una marca al lado de esas habilidades que han expuesto al niño(a). Por favor deje el espacio en blanco en caso de que el niño(a) no haya tenido hasta el momento alguna experiencia con esa habilidad.

Habilidad	**Lo hace MUY bien**	**Lo hace bien.**	**Tiene cierta dificultad**	**Tiene GRAN dificultad**
Cogiendo y lanzando una bola.				
El correr rapido.				

Jugando la mayoria de los deportes.				
El balancear o bailar				
Dibujar o hacer trabajos de arte				
El entender las direcciones habladas				
Hablar claramente				
Diciendo historias o describir cosas.				
Recordando donde encontrar cosas				
Decir el tiempo o clima				
Usar la imaginación				
Lectura.				
Escritura.				
Matemáticas				
Deletreo.				
Caligrafía.				
Terminar la tarea				
Memorizar las cosas para la escuela.				
Usar la computadora en la escuela				

En promedio, cuántas horas por semana el niño mira la televisión?_____horas
Juega videojuegos? _____horas a la semana
Tiempo dedicado a la tarea escolar? _____ horas a la semana.

Específicamente refiriendonos a la habilidad del nino para mantener la atecion, por favor responda lo siguiente con el grado con el cual el niño (a) esta efectuando dichas habilidades. Por favor codifica el grado de daño de la siguiente manera:
4=Evidente todo el tiempo.
3= A menudo evidente.
2= Ocasionalmente evidente
1= Nunca o casi nunca evidente

Rasgo o caracteristica	**Efecto**
Dificultad para permanecer alerta	
Dificultad para poner atencion	
Pierde el enfoque a menos que muy esté interesado	
Tiene problemas para terminar cosas que acaba de comenzar.	

Bostezos o estiramientos excesivamente	
Se muestra cansado	
Distraído fácilmente por los sonidos.	
Se enfoca a situaciones poco importantes	
Distraído fácilmente por lo que observa	
Tiene ideas o pensamientos inusuales	
Sueña despierto	
Muestra la concentración desigual	
Tiene problemas para poner atencion.	
Se aburre facilmente	
No piensa antes de actuar	
Es desorganizado con el tiempo	
Se mantiene cometiendo el mismo error	

Lo siguiente se relaciona con su conducta positiva. Por favor selecciona cual es la conducta que el niño(a) muestra:
4=Siempre verdadero.
3= Ocasionalmente verdadero.
2=Raramente verdadero.
1=No puede Decir

Es fácil de vivir con el niño(a).	
Generalmente siempre esta feliz.	
Goza de nuevas experiencias	
Es cariñoso	
Es amigable y extrovertido.	
Juega bien con otros niños	
Comparte con los demas.	
Acepta las reglas facilmente	
Hace a amigos fácilmente	
Toma el turno que le corresponde	
Tolera la crítica muy bien	
Es comprensivo	
Se recupera fácilmente después de un disgusto.	

Agregue por favor cualquier otro comentario acerca de el niño(a) en las siguientes lineas:

_____

_____

_____

CUESTIONARIO DEL DESARROLLO COMUNICATIVO Y SOCIAL EN LA INFANCIA (M-CHAT/ES)

Seleccione, rodeando con un círculo, la respuesta que le parece que refleja mejor **cómo su hijo o hija actúa NORMALMENTE**. Si el comportamiento no es el habitual (por ejemplo, usted solamente se lo ha visto hacer una o dos veces) conteste que el niño o niña NO lo hace. Por favor, conteste a todas las preguntas.

1. ¿Le gusta que le balanceen, o que el adulto le haga el "caballito" sentándole en sus rodillas, etc.? Sí No
2. ¿Muestra interés por otros niños o niñas? Sí No
3. ¿Le gusta subirse a sitios como, por ejemplo, sillones, escalones, juegos del parque...? Sí No
4. ¿Le gusta que el adulto juegue con él o ella al "cucú-tras" (taparse los ojos y luego descubrirlos; jugar a esconderse y aparecer de repente) Sí No Sí No
5. ¿Alguna vez hace juegos imaginativos, por ejemplo haciendo como si hablara por teléfono, como si estuviera dando de comer a una muñeca, como si estuviera conduciendo un coche o cosas así? Sí No
6. ¿Suele señalar con el dedo para pedir algo? Sí No
7. ¿Suele señalar con el dedo para indicar que algo le llama la atención? Sí No
8. ¿Puede jugar adecuadamente con piezas o juguetes pequeños (por ejemplo cochecitos, muñequitos o bloques de construcción) sin únicamente chuparlos, agitarlos o tirarlos? Sí No
9. ¿Suele traerle objetos para enseñárselos? Sí No
10. ¿Suele mirarle a los ojos durante unos segundos? Sí No
11. ¿Le parece demasiado sensible a ruidos poco intensos? (por ejemplo, reacciona tapándose los oídos, etc.) Sí No
12. ¿Sonríe al verle a usted o cuando usted le sonríe? Sí No
13. ¿Puede imitar o repetir gestos o acciones que usted hace? (por ejemplo, si usted hace una mueca él o ella también la hace) Sí No
14. ¿Responde cuando se le llama por su nombre? Sí No
15. Si usted señala con el dedo un juguete al otro lado de la habitación... ¿Dirige su hijo o hija la mirada hacia ese juguete? Sí No
16. ¿Ha aprendido ya a andar? Sí No
17. Si usted está mirando algo atentamente, ¿su hijo o hija se pone también a mirarlo? Sí No
18. ¿Hace su hijo o hija movimientos raros con los dedos, por ejemplo, acercándoselos a los ojos? Sí No
19. ¿Intenta que usted preste atención a las actividades que él o ella está haciendo? Sí No
20. ¿Alguna vez ha pensado que su hijo o hija podría tener sordera? Sí No
21. ¿Entiende su hijo o hija lo que la gente dice? Sí No
22. ¿Se queda a veces mirando al vacío o va de un lado al otro sin propósito? Sí No
23. Si su hijo o hija tiene que enfrentarse a una situación desconocida, ¿le mira primero a usted a la cara para saber cómo reaccionar? Sí No