

ENTREVISTA DE HISTORIA SOCIAL/DESAROLLO

Educación de Estudiantes Excepcionales

I. Información de Identificación

Nombre del Estudiante: No del Estudiante: Fecha de Nacimiento:

Raza del Estudiante: Sexo: Masculino Femenino Edad Actual:

Dirección del Estudiante:

Numero de Teléfono: Numero de Teléfono de Emergencia:

Nombre del Padre: Edad de Padre: Ocupación:

Ultimo Grado Completado en la Escuela: Guardián Legal: Sí No

Nombre de la Madre: Edad de la Madre: Ocupación:

Ultimo Grado Completado en la Escuela: Guardián Legal: Sí No

¿Con quién vive el estudiante?

Otros Miembros de la familia: Nombre Edad Relación

II. Información Medica

Nombre Del Medico: Fecha de la última examinación:

Medicinas que el estudiante toma:

Descripción de la salud general del estudiante:

III. Embarazo

Escoja Una: Normal Prematuro Pasado de tiempo

Describa algunas enfermedades durante el embarazo:

Medicamentos de la Madre durante el Embarazo: Medicamentos Recetados:

Fumar (Cuantos paquetes):

Alcor (Cuanto por día):

Medicinas No Recetadas:

Lugar de Nacimiento: Peso de Nacimiento del Bebé:

¿Alguna complicación o dificultad durante el parto?

¿El bebé tuvo alguna enfermedad inmediatamente después de nacer?

IV. Historia de Desarrollo

¿A qué Edad se sentó?: Camino: Primera Palabra:

¿Cuándo empezó el entrenamiento para usar el baño? ¿A qué edad uso el baño solo(a)?

¿Algún problema con el entrenamiento para usar el baño? Any problems learning to walk, or talk?

¿Asistió algún programa de pre-k? Sí No ¿Donde?

¿Asistió kindergarten? Sí No ¿Donde?

¿Asistió algun otro programa? Sí No ¿Donde?

Grados Retenidos

V. Información de Comportamiento

¿El/La Niño (a) muestra algún problema en las áreas siguientes? Favor de describir si dice que sí:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dormir: _____ | <input type="checkbox"/> Asma: _____ |
| <input type="checkbox"/> Escuchar: _____ | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hablar: _____ | <input type="checkbox"/> Morder la uñas: _____ |
| <input type="checkbox"/> Visión: _____ | <input type="checkbox"/> Preocupaciones: _____ |
| <input type="checkbox"/> Timidez: _____ | <input type="checkbox"/> Hábitos de Comida: _____ |
| <input type="checkbox"/> Mojar la cama: _____ | <input type="checkbox"/> Convulsiones: _____ |
| <input type="checkbox"/> Crueldad: _____ | <input type="checkbox"/> Pesadillas: _____ |
| <input type="checkbox"/> Rabietas: _____ | <input type="checkbox"/> Periodos de Silencio: _____ |
| <input type="checkbox"/> Alto Nivel de Actividad: _____ | <input type="checkbox"/> Agresiones físicas: _____ |
| <input type="checkbox"/> Torpe: _____ | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Inhabilidad de tener amistades: _____ | |

¿Cómo es la relación del niño (a) con los padres? Excelente Buena Razonable Mala

¿Qué tipo de disciplina es más efectiva con el niño (a)? _____

VI. Familia y Parientes

¿Algunos de los parientes del estudiante ha tenido algunas de las características siguientes?

Problemas Emocionales _____	Relación _____
Dificultades Académicas _____	Relación _____
Problemas Medicos _____	Relación _____
Disabilidades Físicas _____	Relación _____

VII. Interacción Padre/Hijo(a)

¿Que circunstancias casualmente causan conflictos entre los padres y el(la) hijo(a)? _____

¿Cómo los padres ven el problema del estudiante? _____

¿Cuál es el punto de vista de los padres a cuando comenzó el problema? _____

VIII. El examinador determina si alguno de los siguientes comportamientos son evidente y pone un cheque en cajas sí o No.

A. Social interaction as evidenced by the delay, difference, absence, or abnormality in the ability to relate to people and environment. These may include one or more of the following behavioral indicators:

- | | | |
|----------------------------|----------------------------|---|
| Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | Atención conjunta limitada y uso limitado de expresiones faciales dirigidos hacia otros |
| Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | No mostrar o llevar las cosas a otras personas para indicar el interés por la actividad |
| Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | Demuestra dificultades en relacionarse con personas, objetos y acontecimientos |
| Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | Un bruto deterioro en la capacidad para hacer y mantener amigos |
| Y <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | Cuestiones importantes de seguridad y vulnerabilidad debido a la ingenuidad social |

Entrevista De Hisotoria Social/Desarrollo

Y N Puede parecer que prefieren actividades aisladas o solitarias

Y N Malinterpreta otros comportamientos y señales sociales

B. Lenguaje verbal o no verbal o habilidades de comunicación social evidenciada por uno o más indicadores de comportamiento:

Y N Mostrando falta de imitación espontánea o la falta de juego imaginativo variado

Y N Ausencia o retraso del lenguaje hablado

Y N Comprensión limitada y el uso de habilidades de comunicación no verbal tales como gestos, expresiones faciales y tono de voz

Y N Extraña producción de discurso como entonación, volumen, o ritmo

Y N Lenguaje repetitivo o idiosincrásica o incapacidad para iniciar o mantener una conversación cuando el habla está presente

Y N No usar un dedo para señalar o pedir

C. Patrones repetitivos y estereotipados de comportamiento, intereses o actividades, según lo evidenciado por uno o más indicadores de comportamiento:

Y N Insistencia en la seguir reglas o rituales

Y N Demuestra dificultad o resistencia a los cambios en la actividad

Y N Manierismos repetitivos de mano o el cuerpo

Y N Falta de verdadero juego imaginativo versus recreación

Y N Pensamiento rígido o reglamentada

Y N Reacción excesiva o insuficiente reacción a estímulos sensoriales

Y N Preocupación que abarca uno o más patrones estereotipados o restringidos de interés que es anormal ya sea en intensidad o enfoque

IX. Comentarios Adicionales

Horizontal lines for additional comments.

Nombre del Respondedor _____ Fecha _____

Nombre del Entrevistador _____ Titulo _____ Fecha _____