

Hoja de cotejo para recopilar información médica y escolar – Niño

El completar esta hoja de cotejo para recopilar información le ayudará a prepararse para la entrevista. Esta hoja también le ayudará a acortar el tiempo de la entrevista. Es posible que nosotros le pidamos información adicional. *Si necesita más espacio, puede usar sus propias hojas de papel en blanco.*

A. La estatura y el peso del niño. _____

B. El nombre, la dirección, el número de teléfono y el parentesco de otro adulto que ayuda con el cuidado del niño y que nos puede ayudar a recopilar información acerca del niño, si es necesario. _____

C. Las enfermedades, lesiones o padecimientos del niño. _____

D. Cuándo comenzó(comenzaron) el(los) padecimientos del niño. _____

E. Cómo afectan los padecimientos a las actividades del niño. _____

F. El grado escolar del niño al presente, si está en la escuela. _____

G. Las escuelas, incluso las escuelas preescolares, a las que el niño asiste y cualquier otra escuela a la que ha asistido en los últimos 12 meses.

Nombre de la escuela	Dirección, código postal, y número de teléfono	Fechas en que asistió	Tipos de servicios de educación especial (si aplica)

H. Los nombres de los maestros y de la escuela, al presente. _____

I. Las pruebas escolares que se le han hecho al niño, tales como exámenes de comportamiento o de aprendizaj

Nombre o tipo de prueba	Fecha(s)	Nombre de la escuela

J. El nombre del terapeuta escolar que está tratando o ha visto al niño (por ejemplo, para terapia del habla, física u ocupacional) y el nombre de la escuela. _____

K. Los hospitales, las clínicas, los médicos o terapeutas que han provisto tratamiento al niño por lo menos durante los últimos 12 meses.

Nombre del hospital/clínica	Dirección, código postal, y número de teléfono	Número de identificación del paciente	Fecha de la primera consulta	Fecha de la última consulta

L. Otras agencias o programas que han administrado pruebas o examinado al niño o que proveyeron servicios (*agencias como Headstart, Servicios de intervención temprana o Educación especial, el Departamento de salud pública o comunitaria, la Agencia de bienestar público o de Servicios sociales, Centro de salud mental o de incapacidad intelectual*).

Nombre de la agencia	Dirección, código postal, y número de teléfono	Tipo de examen o de servicio	Fecha(s)

M. Medicamentos que el niño toma, y el nombre del médico, si son medicamentos recetados.

Nombre del medicamento	Recetado por

N. Todos los exámenes médicos que el niño ha tenido o que tendrá debido a sus enfermedades, lesiones o padecimientos. (*Por ejemplo, examen de audición, examen de la vista, pruebas de inteligencia, examen de la sangre, examen respiratorio, radiografías.*)

Nombre del examen	Fecha(s)	Dónde lo hicieron	Quién envió al niño para examinarlo