

HISTORIAL DEL DESARROLLO DEL NIÑO

HISTORY OF THE DEVELOPMENT
OF THE INFANT

For Young Children Who
Are Deaf or Hard of Hearing



SKI-HI Institute/HOPE Inc.

SKI-HI Institute
Utah State University
Logan, Utah 84322

HOPE Inc.
www.hopepubl.com

© 2020

HISTORIAL DEL DESARROLLO DEL NIÑO

Fecha _____ Registrado(a) por _____

Nombre del niño(a) _____ Género _____ Fecha de Nacimiento _____

Domicilio/Dirección _____

Ciudad _____ Código Postal _____ Teléfono _____

Fecha de referencia a intervención temprano _____ ¿Por quién? _____

Fecha de la primera visita hogareña _____

NOMBRE DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA:

Madre _____

Padre _____

Padraastro/Madrastra _____

Padres con custodia legal temporal (Foster Parents) _____

Otros niños(as):

<u>Nombre</u>	<u>Genéro</u>	<u>Edad</u>	<u>¿Puede Oír?</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Otras personas que viven en este hogar:

HISTORIA DEL NACIMIENTO DE EL/LA NIÑO(A):

¿Hubo algo fuera de lo común durante su embarazo o el nacimiento de su bebé?

¿Regresó su bebé con usted del hospital?

¿Por cuánto tiempo se quedó el(la) niño(a) en el hospital?

Haga una lista de los cuidados especiales que su niño(a) necesitó (tales como oxígeno, incubadora, sondas para alimentar, cirugía):

DATOS DE RECIEN NACIDO

Cuando mi niño(a) estaba recién nacido(a) lo(a) describiría de la siguiente manera:

Hábitos de dormir:

- dormía bien dormía mal/inquieto
 casi no dormía nunca tomaba siestas

Hábitos de comer:

- comía bien tenía dificultad para mamar
 tenía dificultad para tragar tenía alergias a ciertas comidas
algo más: _____

Vocalizaciones:

- decía "acú" lloraba
 hacía pocos sonidos no hacía sonidos

SALUD GENERAL DE EL/LA NIÑO(A)

¿Ha tenido su niño(a) enfermedades/cirugías/hospitalizaciones/accidentes serios?

<u>¿Qué clase?</u>	<u>¿A qué edad?</u>	<u>Tratamiento/Resultados</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Ha padecido de infecciones de los oídos? Sí No

Si ha tenido infecciones, ¿cuántas ha tenido? _____

¿Recibe algún medicamento su niño(a)? Sí No

Si recibe medicamento, por favor indique la clase de medicamento que recibe y para que enfermedad:

¿Tiene su niño(a) problemas del corazón? _____ Sí _____ No
Si tiene problemas del corazón, ¿de qué índole son?

¿Le dan a su niño(a) fiebres altas? _____ Sí _____ No
Si le dan, explique por favor:

¿Tiene su niño(a) alguna otra condición médica que le preocupe a usted?

SENTIDO DEL OÍDO

¿Piensa usted que su niño(a) tiene dificultad para oír? _____ Si _____ No

Si es así, ¿Hay algunas situaciones en las cuáles él/ella responde mejor a estímulos auditivos (sonidos/habla)?

¿Ha tenido alguna vez su niño(a) un examen de evaluación del sentido del oído?
_____ Sí _____ No

¿Dónde? _____

¿Cuándo? _____

¿Cuáles fueron los resultados? _____

¿Han visto a su niño(a) algunos especialistas o le han hecho algunos exámenes específicos (otorrinolaringólogo/electroencefalograma/respuesta auditiva evocada del tallo encefálico (BAER))?

<u>Clase de Examen</u>	<u>Nombre y dirección del especialista</u>	<u>Comentarios/Resultados</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

PROCESO DE DESARROLLO DE SU NIÑO

¿A qué edad comenzó por primera vez su niño(a) a hacer las siguientes cosas?

- a darse vuelta _____
- a sentarse _____
- a caminar _____
- a beber de una taza _____
- a decir su primera palabra _____
- a alimentarse/comer con los dedos _____
- a usar cuchara para comer _____

COSAS QUE HACE HABITUALMENTE

Actualmente mi niño(a):

duerme/toma siestas:

_____ en forma inconsistente _____ bien _____ con intranquilidad

come/bebe:

_____ en intervalos regulares _____ en intervalos en forma inconsistente
_____ las mismas cantidades _____ diferentes cantidades

Comentarios: _____

AYUDANDO A OTROS A QUE CONOZCAN A SU NIÑO(A)

¿En qué forma le indica su niño(a) lo que quiere?

¿Cómo se da cuenta de cuándo su niño(a) está contento(a), triste, asustado(a), enojado(a)?

¿Le gusta que lo/la carguen en brazos o lo/la mezcán?

¿Qué hace su niño(a) cuándo se cae o se lastima?

¿Cómo se comporta su niño(a) con la niñera?

¿Cómo se comporta con gente extraña?

¿Cómo se comporta con sus compañeros de juego?

Mi niño(a) se moviliza alrededor del cuarto de la siguiente manera:

¿Cuáles son las aptitudes mas dominantes de su niño(a)?

¿Qué es lo que su niño(a) necesita más?

¿Hay cosas acerca de su familia que usted piensa podrían ayudarme a comprender mejor a su niño(a). Por ejemplo: ¿Cuántos miembros hay en la familia, parientes cercanos, trabajan los padres, etc.?

Por favor indique cualquier médico, terapeuta, trabajador(a) social, o algún otro profesional que esté trabajando con su niño(a):

<u>Nombre</u>	<u>Agencia/Teléfono</u>	<u>Título/Ocupación</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

PROGRAMAS EDUCATIVOS

Otros programas a los cuales haya asistido (preescolar/terapia para el habla/Headstart):

<u>¿Qué clase?</u>	<u>Lugar</u>	<u>Día en que fue inscrito</u>	<u>Servicios que recibió -cada cuanto tiempo-</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Hay algo más de lo cual todavía no hemos hablado y que usted piensa sea importante?
