



MR# \_\_\_\_\_

Date Received: \_\_\_\_\_

**Developmental / Behavioral Clinic Questionnaire-Ages 3 and above**  
***Cuestionario clínico sobre el desarrollo y el comportamiento***  
**- niños de 3 años y mayores -**

Date Completed/ Fecha en la que se contestó el cuestionario: \_\_\_\_\_

Child's name/ Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Date of Birth/ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Name of Person Completing Questionnaire/ Nombre de la persona que contestó el cuestionario: \_\_\_\_\_

Relationship to Child/ Parentesco con el/la niño(a): \_\_\_\_\_

Best Phone Number to reach parent completing form/ Teléfono donde se puede localizar al padre que contestó el cuestionario: \_\_\_\_\_

**PARENTAL CONCERNS/ INQUIETUDES DE LOS PADRES**

**When did you first become concerned about your child's development? What were those concerns?/**  
*¿Cuándo le preocupó por primera vez el desarrollo de su hijo? ¿Qué le preocupó?*

**What are your current concerns about your child?/**  
*¿Qué le preocupa actualmente sobre su hijo?*

**Has your child lost skills? (such as stopped using words).**

Yes/ Sí

No/ No

**If yes, please explain/**

*¿Ha perdido su hijo alguna destreza?  
(por ejemplo, si ha dejado de decir algunas palabras).  
Si respondió que "sí", explique:*

**Do you have concerns about how your child: (Please check all areas of concern)?**

*Marque las acciones que le inquieten respecto a su hijo:*

\_\_\_ talks/ habla

\_\_\_ understands/ entiende

\_\_\_ listens/ escucha

\_\_\_ sits/ se sienta

\_\_\_ walks/ camina

\_\_\_ runs/ corre

\_\_\_ plays with toys/  
*juega con sus juguetes*

\_\_\_ interacts/  
*interactúa con otros*

\_\_\_ plays with other children/  
*juega con otros niños*

\_\_\_ learns/ aprende

\_\_\_ does in school/  
*desempeño en la escuela*

\_\_\_ behaves/ cómo se porta

\_\_\_ reacts to sounds/  
*reacciona al sonido*

\_\_\_ reacts to touch/  
*reacciona al tacto*



**Are you concerned or have thought about your child having any of the following: (Please  $\checkmark$  areas of concern)?**  
*¿Le inquieta o ha pensado que su hijo puede padecer alguna de las siguientes afecciones? (marque todas las que correspondan)*

- Anxiety Disorder/ Trastorno de ansiedad**
- Attention Deficit Hyperactivity Disorder/ Trastorno de hiperactividad y déficit de atención**
- Apraxia of Speech/ Apraxia del habla**
- Autism/Pervasive Developmental Disorder/Asperger syndrome /  
Autismo/Trastorno generalizado del desarrollo/Síndrome de Asperger**
- Bipolar Disorder/Manic Depression/ Trastorno bipolar/ Depresión maniaca**
- Developmental Delay/ Retraso en el desarrollo**
- Learning Disabilities/ Problemas de aprendizaje**
- Intellectual disability (formerly called mental retardation)/  
Discapacidad intelectual (antes llamado retraso mental)**
- Mood Disorder or Depression/ Trastorno de la personalidad o depresión**
- Obsessive Compulsive Disorder/ Trastorno de obsesión compulsiva**
- Sensory Integration Dysfunction/ Disfunción de la integración sensorial**
- Other, please list/ Otro, por favor liste:**

**What would you like help with?/ ¿Con qué necesita ayuda?**

---



---

**BEHAVIOR/ COMPORTAMIENTO**

**Circle the words that describe your child today/**

**Encierre en un círculo las palabras que mejor describan a su hijo el día de hoy:**

<b>Easy Going/</b> <i>De trato fácil</i>	<b>Nervous/</b> <i>Nervioso</i>	<b>Happy/</b> <i>Contento</i>	<b>Brave/</b> <i>Valiente</i>	<b>Active/</b> <i>Activo</i>	<b>Slow to Adjust/</b> <i>Difícil de adaptarse</i>
<b>Explosive/</b> <i>Explosivo</i>	<b>Shy/</b> <i>Tímido</i>	<b>Fearless/</b> <i>Intrépido</i>	<b>Flexible/</b> <i>Flexible</i>	<b>Likes Sameness/</b> <i>Le gusta la regularidad</i>	<b>Fearful/</b> <i>Temeroso</i>
<b>Clingy/</b> <i>Poco independiente</i>	<b>Busy/</b> <i>Atareado</i>	<b>Quiet/</b> <i>Callado</i>	<b>Unpredictable/</b> <i>Impredecible</i>	<b>Cranky/</b> <i>Irritable</i>	<b>Social/</b> <i>Sociable</i>
<b>Loud/</b> <i>Ruidoso</i>	<b>Self Sufficient/</b> <i>Autosuficiente</i>	<b>Friendly/</b> <i>Amigoso</i>	<b>Cuddly/</b> <i>Mimoso</i>	<b>Aggressive/</b> <i>Agresivo</i>	<b>Playful/</b> <i>Juguetero</i>

**What are your child's strengths?/**

*¿Cuáles son los aspectos positivos del comportamiento de su hijo?*



**Do you have worries about your child's behavior? If so, please describe/**  
*¿Le inquieta el comportamiento de su hijo? Si respondió que "sí", explique:*

**How does your child calm his/herself down when they are upset?/**  
*¿Cómo se tranquiliza su hijo cuando está molesto?*

**What methods of discipline or limit setting do you use in your home?/**  
*¿Qué métodos disciplinarios aplica usted en la casa?*

**How often do you need to discipline or set limits with your child?/**  
*¿Con qué frecuencia debe disciplinar a su hijo?*

**Is your child currently being treated by a child psychiatrist or psychologist**  
**If yes, what is the reason you sought treatment for him/her?/**  
*¿Su hijo se encuentra bajo el tratamiento de un psiquiatra o psicólogo actualmente?*  
*Si contestó que "sí", ¿cuál fue la razón por la que buscaron este tratamiento?*

Yes/ Sí       No/ No

**Has your child ever been evaluated and/or treated by a child psychiatrist?**  
**If yes, what were the results of this evaluation?/**  
*¿Ha sido su hijo evaluado y/o tratado por un psiquiatra infantil en alguna ocasión?*  
*Si contestó que "sí", ¿cuáles fueron los resultados de esa evaluación?*

Yes/ Sí       No/ No

**Has your child ever intentionally hurt him/herself or others?/**  
*¿Su hijo ha tratado de lastimarse o lastimar a otros intencionalmente?*

Yes/ Sí       No/ No

**Has your child ever intentionally hurt animals?/**  
*¿Su hijo ha tratado de lastimar a algún animal intencionalmente?*

Yes/ Sí       No/ No

**Has your child ever intentionally destroyed property?/**  
*¿Su hijo ha tratado de destruir algún tipo de propiedad/objeto intencionalmente?*

Yes/ Sí       No/ No

**Has your child's hearing been tested?**  
**When was it done?**  
**What were the results?/**

*¿Se le ha hecho una prueba de audición a su hijo? ¿Cuándo? ¿Cuáles fueron los resultados?*

Yes/ Sí       No/ No

**Has your child's vision been tested?**  
**When was it done?**  
**What were the results?/**

*¿Se le ha hecho una prueba de la vista a su hijo? ¿Cuándo? ¿Cuáles fueron los resultados?*

Yes/ Sí       No/ No



**Does your child have sleep problems?**

Yes/ Sí  No/ No

**If so, please describe./**

*¿Su hijo tiene problemas para dormir? Si contestó que “sí”, explique:*

**Does your child have any problems eating/feeding?**

Yes/ Sí  No/ No

**If so, please describe./**

*¿Su hijo tiene algún problema comiendo/alimentándose? Si contestó que “sí”, explique:*

**MEDICAL, SCHOOL, OR THERAPIST REPORTS/ INFORMES MEDICOS, ESCOLARES O TERAPEUTICOS**

**What past medical/school or therapy evaluations has your child had?/**

*¿Qué evaluaciones médicas le han hecho a su hijo?*

\_\_\_ **Neurologist/**  
*Neurólogo*

\_\_\_ **GI (stomach) doctor/**  
*Gastroenterólogo*

\_\_\_ **Social worker/**  
*Trabajador social*

\_\_\_ **Psychiatrist/**  
*Psiquiatra*

\_\_\_ **Orthopedic doctor/**  
*Cirujano ortopédico*

\_\_\_ **Occupational therapist/**  
*Terapeuta ocupacional*

\_\_\_ **Psychologist/**  
*Psicólogo*

\_\_\_ **Developmental Pediatrician/**  
*Pediatra del desarrollo*

\_\_\_ **Speech therapist/**  
*Terapeuta del habla*

\_\_\_ **Genetics doctor/**  
*Genetista*

\_\_\_ **Endocrinologist/**  
*Endocrinólogo*

\_\_\_ **Physical Therapist/**  
*Fisioterapeuta*

\_\_\_ **Rehab doctor/**  
*Médico de rehabilitación*

\_\_\_ **Cardiologist/**  
*Cardiólogo*

\_\_\_ **Complementary/alternative health care provider/**  
*Otro médico complementario o alternativo*

\_\_\_ **Other/ Otro**

**What medical tests has your child had? ( Please check all that apply and list results, if known)/**

*Marque las pruebas médicas le han realizado a su hijo (todas las que correspondan) y enumere los resultados:*

<b>NAME OF TEST/ PRUEBA</b>	<b>RESULT/ RESULTADO</b>	<b>NAME OF TEST/ PRUEBA</b>	<b>RESULT/ RESULTADO</b>
<input type="checkbox"/> <b>Chromosomes/</b> <i>Cromosomas</i>		<input type="checkbox"/> <b>MRI of brain/</b> <i>Resonancia magnética del cerebro</i>	
<input type="checkbox"/> <b>Fragile X/ Síndrome del cromosoma X frágil</b>		<input type="checkbox"/> <b>CT scan of brain/</b> <i>Tomografía computarizada del cerebro</i>	
<input type="checkbox"/> <b>Microarray/</b> <i>Microarray</i>		<input type="checkbox"/> <b>EEG/</b> <i>Electroencefalograma</i>	
<input type="checkbox"/> <b>Lead/ Pruebas de detección de plomo</b>		<input type="checkbox"/> <b>Bone x-ray/ Radiografías de los huesos</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Other blood testing, please list/ Otras pruebas de sangre. Menciónelas.</b>		<input type="checkbox"/> <b>Other imaging, please list/ Otras imágenes médicas. Menciónelas.</b>	



**CURRENT SERVICES/ SERVICIOS QUE RECIBE ACTUALMENTE**

**Is your child enrolled in a school?/**  
*¿Está inscrito su hijo en la escuela?*

**Yes/ Sí**

**No/ No**

**If yes, please provide the following information/ Si contestó que “sí”, complete la información a continuación:**

**Name of school/ Nombre de la escuela:** \_\_\_\_\_

**Name of teacher/ Nombre de su maestro(a):** \_\_\_\_\_

**Name of special education coordinator (if applicable)/** \_\_\_\_\_  
*Nombre de su coordinador de educación especial (si corresponde)*

**Address/ Dirección:** \_\_\_\_\_

**City, State, Zip code/** \_\_\_\_\_  
*Ciudad, Estado, Código Postal*

**What grade is the child in or has just completed? \_\_\_\_\_**  
*¿En qué grado va su hijo o qué grado acaba de pasar?*

**In school, does your child have (check all that apply):**

*En la escuela su hijo tiene: (marque todas las que correspondan)*

\_\_\_ **Individualized Education Plan ( IEP)/ Plan individualizado de educación (IEP - por sus siglas en inglés)**

\_\_\_ **504 plan/ Plan 504**

\_\_\_ **Response to Intervention services plan/ Plan de respuesta a los servicios de intervención**

\_\_\_ **Other special services/ Otros servicios especiales**

**If your child has an individualized education plan (IEP), what services is he/she receiving under the IEP? (check all that apply)/ Si su hijo tiene un plan individualizado de educación (IEP), ¿qué servicios recibe bajo el mismo?(Marque todas las que correspondan)**

\_\_\_ **Physical therapy/ Terapia física**

\_\_\_ **Occupational therapy/ Terapia Ocupacional**

\_\_\_ **Speech/language therapy/ Terapia del habla/lenguaje**

\_\_\_ **Resource room/ resource teacher/ Sala de materiales/ maestro didáctico**

\_\_\_ **Social worker/ Trabajador social**

\_\_\_ **Aide in classroom/ Auxiliar en el aula de clases**

\_\_\_ **Hearing impaired services/ Servicios para la discapacidad auditiva**

\_\_\_ **Visual impaired services/ Servicios para la discapacidad visual**

**Describe what going well at school/ Describa en qué aspectos le va bien a su hijo en la escuela:**

**Describe what could be going better at school/ Describa que podría mejorar respecto a la escuela:**

**Has your child been suspended from school?**

**Yes/ Sí**

**No/ No**

**If yes, please describe./**

*¿Alguna vez han suspendido a su hijo de la escuela?*

*Si contestó que “sí”, explique:*

**Has your child been expelled from school?**

**Yes/ Sí**

**No/ No**

**If yes, please describe./**

*¿Alguna vez han expulsado a su hijo de una escuela?*

*Si contestó que “sí”, explique:*



**Is your child receiving private therapies ( outside of school)?/**  
*¿Su hijo recibe terapias privadas fuera de la escuela?*

Yes/ Sí

No/ No

**If yes, please check which ones presently received?/**  
*Si contestó que "sí", marque todas las que recibe actualmente:*

- Physical therapy/** *Terapia física*
- Occupational therapy/** *Terapia ocupacional*
- Speech/Language therapy/** *Terapia del habla y lenguaje*
- Social language or social skills group/** *Grupo para las habilidades sociales o el lenguaje social*
- Psychological or counseling services/** *Servicios psicológicos o de consejería*
- Tutoring/** *Tutoría académica*
- Applied Behavioral Analysis/** *Análisis del comportamiento aplicado*
- Other, please describe/** *Otros, descríbalos:* \_\_\_\_\_

**BIRTH HISTORY/ HISTORIAL DEL NACIMIENTO**

**Were there any problems with the pregnancy?**

Yes/ Sí

No/ No

Don't Know/ No sé

**If yes, please describe/**

*¿Tuvo algún problema durante el embarazo?*

*Si respondió que "sí", explique:*

**Did the child's mother take any medicines during the pregnancy?**

Yes/ Sí

No/ No

Don't Know/ No sé

**If yes, what were the medications?/**

*¿La madre tomó medicamentos durante el embarazo?*

*Si respondió que "sí", ¿cuáles?:*

**Were there any problems with labor and delivery?**  Yes/ Sí

No/ No

Don't Know/ No sé

**If yes, please describe/**

*¿Tuvo algún problema durante el parto?*

*Si respondió que "sí", explique:*

**What type of delivery did the mother have?/** *¿Qué tipo de parto tuvo?*

**What was your child's birth weight?/** *¿Cuánto pesó su hijo al nacer?* \_\_\_\_\_

**Was your child premature?/** *¿Su hijo fue prematuro?*

Yes/ Sí

No/ No

**If yes, how many weeks?/** *Si respondió que "sí", ¿por cuántas semanas?* \_\_\_\_\_

**How long was the baby in the hospital after birth?/**

*¿Cuánto tiempo estuvo el bebé en el hospital después de haber nacido?*

**Were there problems with the baby or mother in the hospital after birth?**

Yes/ Sí

No/ No

**If yes, please describe:**

*¿La madre o el bebé presentaron algún problema médico mientras se encontraban en el hospital después del parto?*

*Si respondió que "sí", explique:*



**GENERAL HEALTH/ SALUD GENERAL**

**Who is your child's Primary Physician?/ ¿Quién es el doctor de atención primaria de su hijo?**

**Name/ Nombre:** \_\_\_\_\_  
**Address/ Dirección:** \_\_\_\_\_ **City/ Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Zip Code/ Código Postal:** \_\_\_\_\_  
**Phone/ Teléfono:** (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**When was the last time your child was seen by his/her primary physician?/**  
*¿Cuándo fue la última vez que tuvieron cita con el pediatra/médico de cabecera de su hijo?*

**Are immunizations up to date?  Yes/ Sí  No/ No**  
**If not, why?**  
*¿Tiene todas las vacunas al día?*  
*De no ser así, ¿cuál es el motivo?*

**Does your child have any allergies?  Yes/ Sí  No/ No**  
**If yes, please describe:**  
*¿Su hijo tiene alguna alergia?*  
*Si respondió que "sí", explique:*

**Does your child have any chronic medical conditions?  Yes/ Sí  No/ No**  
**If yes, please describe:**  
*¿Su hijo tiene alguna enfermedad crónica?*  
*Si respondió que "sí", explique:*

**Has your child had any accidents or injuries?  Yes/ Sí  No/ No**  
**If yes, please describe:**  
*¿Su hijo ha tenido algún accidente o ha sufrido lesiones?*  
*Si respondió que "sí", explique:*

**Has your child been hospitalized?/  Yes/ Sí  No/ No**  
*¿Su hijo ha estado hospitalizado?*  

Date	Illness	Hospital
Fecha	Enfermedad	Hospital

**Has your child had surgery?/  Yes/ Sí  No/ No**  
*¿Se le ha hecho alguna cirugía a su hijo?*  

Date	Illness	Hospital
Fecha	Enfermedad	Hospital

**Does your child take medication regularly?/  Yes/ Sí  No/ No**  
*¿Su hijo toma algún medicamento regularmente?*  
**If yes, please list/ Si respondió que "sí", enumérelos:**

**Does your child take any herbs or supplements?/  Yes/ Sí  No/ No**  
*¿Su hijo toma algún suplemento o herbolaria?*  
**If yes, please list/ Si respondió que "sí", enumérelos:**

**Does your child have any dietary restrictions or take a special diet?  Yes/ Sí  No/ No**  
*¿Su hijo tiene alguna restricción alimenticia o lleva una dieta especial?*  
**If yes, please describe/ Si respondió que "sí", explique:**



**FAMILY AND SOCIAL HISTORY/ ANTECEDENTES FAMILIARES**

**Has anyone in the family had (include parents, siblings, aunts, uncles, grandparents, and cousins)?**  
*¿Algún miembro de su familia (incluya a tías, tíos, abuelos y primos) ha padecido alguna de las siguientes enfermedades?:*

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <b>Seizures / Epilepsy/</b><br><i>Convulsiones / Epilepsia</i>   | <input type="checkbox"/> <b>Yes/ Sí</b> | <input type="checkbox"/> <b>No/ No</b> | If Yes, who? <i>Si marcó "sí", ¿quién?</i> |
| <b>Autism or Autistic Spectrum/</b><br><i>Autismo o en el espectro autista</i>   | <input type="checkbox"/> <b>Yes/ Sí</b> | <input type="checkbox"/> <b>No/ No</b> | If Yes, who? <i>Si marcó "sí", ¿quién?</i> |
| <b>Asperger Syndrome/</b><br><i>Síndrome de Asperger</i>   | <input type="checkbox"/> <b>Yes/ Sí</b> | <input type="checkbox"/> <b>No/ No</b> | If Yes, who? <i>Si marcó "sí", ¿quién?</i> |
| <b>Intellectual Disability</b><br><i>(formerly called Mental Retardation)/</i><br><i>Discapacidad intelectual (antes llamado retraso mental)</i> | <input type="checkbox"/> <b>Yes/ Sí</b> | <input type="checkbox"/> <b>No/ No</b> | If Yes, who? <i>Si marcó "sí", ¿quién?</i> |
| <b>Developmental Delay/</b><br><i>Retraso en el desarrollo</i>   | <input type="checkbox"/> <b>Yes/ Sí</b> | <input type="checkbox"/> <b>No/ No</b> | If Yes, who? <i>Si marcó "sí", ¿quién?</i> |
| <b>Cerebral Palsy/</b><br><i>Parálisis cerebral</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Yes/ Sí</b> | <input type="checkbox"/> <b>No/ No</b> | If Yes, who? <i>Si marcó "sí", ¿quién?</i> |
| <b>Speech Problems/</b><br><i>Problemas del habla</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Yes/ Sí</b> | <input type="checkbox"/> <b>No/ No</b> | If Yes, who? <i>Si marcó "sí", ¿quién?</i> |
| <b>Learning Problems in School/</b><br><i>Problemas de aprendizaje en la escuela</i>   | <input type="checkbox"/> <b>Yes/ Sí</b> | <input type="checkbox"/> <b>No/ No</b> | If Yes, who? <i>Si marcó "sí", ¿quién?</i> |
| <b>Attention Deficit/Hyperactivity Disorder/</b><br><i>Trastorno de hiperactividad y déficit de atención</i>                                     | <input type="checkbox"/> <b>Yes/ Sí</b> | <input type="checkbox"/> <b>No/ No</b> | If Yes, who? <i>Si marcó "sí", ¿quién?</i> |
| <b>Birth Defects/</b><br><i>Defectos congénitos</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Yes/ Sí</b> | <input type="checkbox"/> <b>No/ No</b> | If Yes, who? <i>Si marcó "sí", ¿quién?</i> |
| <b>Thyroid Problems/</b><br><i>Problemas de la tiroides</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Yes/ Sí</b> | <input type="checkbox"/> <b>No/ No</b> | If Yes, who? <i>Si marcó "sí", ¿quién?</i> |
| <b>Tics or Tourette syndrome/</b><br><i>Tics nerviosos o síndrome de Tourette</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Yes/ Sí</b> | <input type="checkbox"/> <b>No/ No</b> | If Yes, who? <i>Si marcó "sí", ¿quién?</i> |
| <b>Alcoholism/</b><br><i>Alcoholismo</i>   | <input type="checkbox"/> <b>Yes/ Sí</b> | <input type="checkbox"/> <b>No/ No</b> | If Yes, who? <i>Si marcó "sí", ¿quién?</i> |
| <b>Drug Abuse/</b><br><i>Drogadicción</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Yes/ Sí</b> | <input type="checkbox"/> <b>No/ No</b> | If Yes, who? <i>Si marcó "sí", ¿quién?</i> |
| <b>Depression/</b><br><i>Depresión</i>   | <input type="checkbox"/> <b>Yes/ Sí</b> | <input type="checkbox"/> <b>No/ No</b> | If Yes, who? <i>Si marcó "sí", ¿quién?</i> |
| <b>Manic Depression/Bipolar Disorder/</b><br><i>Depresión bipolar/ Depresión maniaca</i>   | <input type="checkbox"/> <b>Yes/ Sí</b> | <input type="checkbox"/> <b>No/ No</b> | If Yes, who? <i>Si marcó "sí", ¿quién?</i> |
| <b>Anxiety Disorder/Panic Attacks/</b><br><i>Trastorno de ansiedad/ Ataques de pánico</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Yes/ Sí</b> | <input type="checkbox"/> <b>No/ No</b> | If Yes, who? <i>Si marcó "sí", ¿quién?</i> |
| <b>Obsessive Compulsive Disorder/</b><br><i>Trastorno de obsesión compulsiva</i>   | <input type="checkbox"/> <b>Yes/ Sí</b> | <input type="checkbox"/> <b>No/ No</b> | If Yes, who? <i>Si marcó "sí", ¿quién?</i> |
| <b>Schizophrenia</b><br><i>Esquizofrenia</i>   | <input type="checkbox"/> <b>Yes/ Sí</b> | <input type="checkbox"/> <b>No/ No</b> | If Yes, who? <i>Si marcó "sí", ¿quién?</i> |
| <b>Hearing loss/</b><br><i>Pérdida de la audición</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Yes/ Sí</b> | <input type="checkbox"/> <b>No/ No</b> | If Yes, who? <i>Si marcó "sí", ¿quién?</i> |





**Are there any other medical conditions, that family members have, which you think are important to share with us?/ ¿Algún miembro de su familia padece alguna otra enfermedad que usted crea que sea relevante?**

**Is the child's mother in good health?/**  Yes/ Sí  No/ No  
*¿La madre del niño goza de buena salud?*  
**If no, please describe/ Si respondió que "no", explique:**

**Is the child's father in good health?/**  Yes/ Sí  No/ No  
*¿El padre del niño goza de buena salud?*  
**If no, please describe/ Si respondió que "no", explique:**

**Other children in household/**  
*Otros niños que viven en su casa:*

Name	Age	Relationship
Nombre	Edad	Parentesco

**Adults in household/**  
*Adultos que viven en su casa:*

Name	Relationship
Nombre	Parentesco

**Do you have any concerns about the health, growth, and development of the other children?/ ¿Le preocupa la salud, el crecimiento y/o el desarrollo de los otros niños?**

**Do any of the other adults have serious health concerns?/ ¿Alguno de los otros adultos tiene problemas médicos graves?**

**Are there legal issues we should know about your child (custody, DCFS, adoption, etc.)?/ ¿Existe algún asunto legal sobre su hijo del cual debemos estar al tanto (custodia, DCFS, adopción, etc.)?**  
 Yes/ Sí  No/ No **If yes, please explain/ Si respondió que "sí", explique:**

**What languages are spoken in the home?/ ¿Qué idiomas se hablan en casa?**

**Who cares for your child during the day?/ ¿Quién cuida a su hijo durante el día?**

**Are there relatives or friends that take care of (baby-sit) your child sometimes?/ ¿Tiene algún familiar o amigo que cuide a su hijo ocasionalmente?**

**Have friends or relatives expressed concern about your child's development or behavior? If so, who and what are their concerns?/ ¿Sus familiares o amigos le han expresado alguna inquietud sobre el desarrollo de su hijo? De ser así, ¿quién lo ha hecho y cuáles son sus inquietudes?**

**Has your child attended daycare or nursery school? If yes, where?/ ¿Llevó a su hijo a la guardería o a un jardín de niños? Si respondió que "sí", ¿a cuál?**  Yes/ Sí  No/ No



Please align patient label to the right

**Was it a positive experience?**

Yes/ Sí     No/ No

**Please explain:**

*¿Fue una experiencia positiva?*

*Explíquelo:*

**Please list other types of community services/activities being used: (parent support group, community play group, park district programs)/ Enumere otros tipos de servicios o actividades comunitarias de los cuales haga uso: (grupo de apoyo para padres de familia, grupos de juego comunitarios, programas en los parques de la comunidad):**

**What is mother's education?/ Grado escolar que alcanzó la madre:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Grade School/ Estudios primarios</b>                            | <input type="checkbox"/> <b>Some College/ Estudios universitarios inconclusos</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Some High School/ Secundaria/Bachillerato Inconcluso</b>        | <input type="checkbox"/> <b>College/ Universidad</b>                              |
| <input type="checkbox"/> <b>High School/ Secundaria/Bachillerato</b>                        | <input type="checkbox"/> <b>Trade School/ Escuela técnica</b>                     |
| <input type="checkbox"/> <b>Graduate/Professional Degree/ Postgrado/Carrera profesional</b> |   |

**What is the mother's occupation?/ ¿Cuál es la ocupación de la madre?**

**What is father's education?/ Grado escolar que alcanzó el padre:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Grade School/ Estudios primarios</b>                            | <input type="checkbox"/> <b>Some College/ Estudios universitarios inconclusos</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Some High School/ Secundaria/Bachillerato Inconcluso</b>        | <input type="checkbox"/> <b>College/ Universidad</b>                              |
| <input type="checkbox"/> <b>High School/ Secundaria/Bachillerato</b>                        | <input type="checkbox"/> <b>Trade School/ Escuela técnica</b>                     |
| <input type="checkbox"/> <b>Graduate/Professional Degree/ Postgrado/Carrera profesional</b> |   |

**What is the father's occupation?/ ¿Cuál es la ocupación del padre?**

**Are there any other concerns or challenges affecting your family? (Please  $\checkmark$  below).**

*¿Tiene su familia alguna otra inquietud o viven una situación de estrés a causa de alguno de los siguientes factores? (marque los que correspondan)*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Financial Concerns/ Problemas económicos</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Relationship Problems/ Problemas maritales</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Employment Concerns/ Problemas con su situación laboral</b>                             | <input type="checkbox"/> <b>Violence (Past or Present)/ Problemas de violencia (en el pasado o en el presente)</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Housing/ Problemas de vivienda</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Substance use or addictions/ Abuso de drogas o adicciones</b>                          |
| <input type="checkbox"/> <b>Caring for other family members/ Problemas en cuanto al cuidado de otros familiares</b> | <input type="checkbox"/> <b>Lack of support resources/ Falta de acceso a servicios de asistencia</b>               |
| <input type="checkbox"/> <b>Other/ Otro</b>   |  |

**Please explain/ Si marcó alguna de las opciones anteriores sírvase explicar:**

**OTHER HEALTH/ ANAMNESIS SISTEMÁTICA**



Please align patient label to the right

**Has your child had any of the following symptoms? (Please check all that apply)/**

*¿Su hijo ha experimentado alguno de los siguientes síntomas? (marque todas las opciones que correspondan)*

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Poor appetite/</b><br><i>Falta de apetito</i>                                       | <input type="checkbox"/> <b>Excessive appetite/</b><br><i>Apetito excesivo</i>                                 | <input type="checkbox"/> <b>Poor growth/</b><br><i>Crecimiento insuficiente</i> |
| <input type="checkbox"/> <b>Rapid weight gain/</b><br><i>Aumento súbito de peso</i>                             | <input type="checkbox"/> <b>Hearing problem/</b><br><i>Problemas de audición</i>                               | <input type="checkbox"/> <b>Vision problem/</b><br><i>Problemas de la vista</i> |
| <input type="checkbox"/> <b>Seizures/</b><br><i>Ataques/Convulsiones</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Staring spells/</b><br><i>Episodios con la vista fija</i>                          | <input type="checkbox"/> <b>Fainting/</b><br><i>Desmayos</i>                    |
| <input type="checkbox"/> <b>Coordination problems/</b><br><i>Problemas de coordinación</i>                      | <input type="checkbox"/> <b>Developmental delay/</b><br><i>Retraso en el desarrollo</i>                        | <input type="checkbox"/> <b>Speech delay/</b><br><i>Retraso en el habla</i>     |
| <input type="checkbox"/> <b>Repetitive movements/</b><br><i>Movimientos repetitivos</i>                         | <input type="checkbox"/> <b>Tics/</b><br><i>Tics nerviosos</i>   | <input type="checkbox"/> <b>Muscle weakness/</b><br><i>Debilidad muscular</i>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Loose muscles (low tone)/</b><br><i>Músculos relajados<br/>(bajo tono muscular)</i> | <input type="checkbox"/> <b>Tight muscles ( high tone)/</b><br><i>Músculos tensos<br/>(alto tono muscular)</i> | <input type="checkbox"/> <b>Tremors/</b><br><i>Temblores</i>                    |
| <input type="checkbox"/> <b>Hoarseness/</b><br><i>Ronquera</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Difficulty swallowing/</b><br><i>Dificultad para deglutir (tragar)</i>             | <input type="checkbox"/> <b>Loud snoring/</b><br><i>Ronquidos fuertes</i>       |
| <input type="checkbox"/> <b>Chronic cough/</b><br><i>Tos crónica</i>  | <input type="checkbox"/> <b>Shortness of breath/</b><br><i>Dificultad respiratoria</i>                         | <input type="checkbox"/> <b>Wheezing/</b><br><i>Silbido en el pecho</i>         |
| <input type="checkbox"/> <b>Heart murmur/</b><br><i>Soplo en el corazón</i>                                     | <input type="checkbox"/> <b>Heart problems/</b><br><i>Problemas cardiacos</i>                                  | <input type="checkbox"/> <b>Frequent diarrhea/</b><br><i>Diarrea frecuente</i>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Frequent vomiting/</b><br><i>Vómito frecuente</i>                                   | <input type="checkbox"/> <b>Stomach pain/</b><br><i>Dolor de estómago</i>                                      | <input type="checkbox"/> <b>Constipation/</b><br><i>Estreñimiento</i>           |
| <input type="checkbox"/> <b>Frequent fevers/</b><br><i>Fiebre frecuente</i>                                     | <input type="checkbox"/> <b>Frequent ear infections/</b><br><i>Infecciones de oído frecuentes</i>              | <input type="checkbox"/> <b>Sinus problems/</b><br><i>Sinusitis</i>             |
| <input type="checkbox"/> <b>Chronic nasal congestion/</b><br><i>Congestión nasal crónica</i>                    | <input type="checkbox"/> <b>Eczema/</b><br><i>Eccema</i>   | <input type="checkbox"/> <b>Rashes/</b><br><i>Sarpullido</i>                    |
| <input type="checkbox"/> <b>Teeth problems/</b><br><i>Problemas dentales</i>                                    | <input type="checkbox"/> <b>Hair problems/</b><br><i>Problemas del cabello</i>                                 |   |

**Is there anything else you would like us to know about your child's health?/**

*¿Hay algo más que desee informarnos sobre la salud de su hijo?*

**Thank you very much for completing the form. It will help us greatly in the evaluation of your child./  
Gracias por contestar este formulario. Nos será de mucha utilidad durante la evaluación de su hijo.**