

## Cuestionario para los antecedentes familiares

Apellido del niño:	Inicial del segundo nombre:	Nombre de pila:	Fecha de nacimiento:
Padre biológico / tutor / adoptivo núm. 1 (encierre en un círculo) Nombre:		Padre biológico / tutor / adoptivo núm. 2 (encierre en un círculo) Nombre:  ____ Marque si quiere que también enviemos resultados a este padre o tutor.	
Dirección:		Dirección:	
Dirección postal (si es distinta):		Dirección postal (si es distinta):	
Número telefónico principal:		Número telefónico principal:	
Número telefónico secundario:		Número telefónico secundario:	
Correo electrónico:		Correo electrónico:	
Mejor manera de comunicarnos con ustedes: <i>Teléfono / Correo electrónico</i> (encierre en un círculo)		Mejor manera de comunicarnos con ustedes: <i>Teléfono / Correo electrónico</i> (encierre en un círculo)	
Otros niños en la casa: Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____		Otros niños en la casa: Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____	
¿Con quién vive el niño?		Idioma principal del niño:	
¿Se le ha hecho un examen del oído al niño? Sí ____ No ____ Cuándo y quién lo hizo: _____			
¿Ha tenido el niño 3 o más infecciones del oído? Sí ____ No ____ ¿Le pusieron tubos de ventilación? Sí ____ No ____			
¿Está usted preocupado(a) por el oído del niño? Sí ____ No ____ ¿Por qué? _____			
¿Se le ha hecho un examen de la vista al niño? Sí ____ No ____ Cuándo y quién lo hizo: _____			
¿Está usted preocupado(a) por la vista del niño? Sí ____ No ____ ¿Por qué? _____			
¿Usa el niño anteojos? Sí ____ No ____			
Otra información importante acerca de la salud del niño:			

## Cuestionario para los antecedentes familiares – 2da. página

¿Está el niño recibiendo servicios de educación especial? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Recibió el niño servicios de intervención temprana? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

¿Está usted preocupado(a) por el desarrollo del niño? (por favor explique por qué)

¿Con qué cosas tiene dificultad el niño?

¿Asiste el niño a un centro de enseñanza preescolar? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Nombre del centro: \_\_\_\_\_

Tiempos en que asiste: Lunes \_\_\_\_\_ a.m. \_\_\_\_\_ p.m. *(por favor marque todas las respuestas que correspondan)*

Martes \_\_\_\_\_ a.m. \_\_\_\_\_ p.m.

Miércoles \_\_\_\_\_ a.m. \_\_\_\_\_ p.m.

Jueves \_\_\_\_\_ a.m. \_\_\_\_\_ p.m.

Por favor escriba cualquier otra cosa que quiera decirnos sobre el desarrollo del niño y sobre su familia.

Nombre de la persona que llenó este formulario: \_\_\_\_\_

Su relación con el niño: \_\_\_\_\_

GRACIAS

**En cumplimiento con las leyes y regulaciones estatales pertinentes, el programa RI Child Outreach Screening no discrimina por motivos de edad, sexo, orientación sexual, raza, religión, nacionalidad de origen, color o discapacidad**