

Cuestionario para los antecedentes familiares

Apellido del niño:	Inicial del segundo nombre:	Nombre de pila:	Fecha de nacimiento:
#1- <input type="checkbox"/> Padre biológico <input type="checkbox"/> tutor <input type="checkbox"/> adoptivo núm Nombre: _____		#2- <input type="checkbox"/> Padre biológico <input type="checkbox"/> tutor <input type="checkbox"/> adoptivo núm Nombre: _____ <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico		Mejor manera de comunicarnos con ustedes: <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico	
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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cuándo y quién lo hizo: _____			
¿Ha tenido el niño 3 o más infecciones del oído? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Le pusieron tubos de ventilación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Está usted preocupado(a) por el oído del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Por qué? _____			
¿Se le ha hecho un examen de la vista al niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cuándo y quién lo hizo: _____			
¿Está usted preocupado(a) por la vista del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Por qué? _____			
¿Usa el niño anteojos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Otra información importante acerca de la salud del niño: _____			

Por favor complete el reverso.

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.

Viernes _____ 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.