

Cuestionario para los antecedentes familiares

Apellido del niño:	Inicial del segundo nombre:	Nombre de pila:	Fecha de nacimiento:
#1- ☐ Padre biológico ☐ tutor ☐ adoptivo núm Nombre:		#2- ☐ Padre biológico ☐ tutor ☐ adoptivo núm 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: ☐ Teléfono ☐ Correo electrónico		Mejor manera de comunicarnos con ustedes: ☐ Teléfono ☐ 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? ☐ 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:			

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.