

Fecha _____ Entrevistador _____

Historial/Familiar y del Niño

Nombre del niño _____ Fecha Nac _____ SS# _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Lugar de nacimiento del niño _____

Hospital: _____

Persona que provee de esta información: _____

Sección I. Información de Referido

Quien le refirió a usted a PSD: _____

Razón para la admisión en PSD: _____

Cuales son sus expectativas del programa de PSD: _____

Sección II: Información Biológica/familiar

Nombre del padre _____ Edad _____ Ocupación _____

Dirección (si es diferente a la del niño); _____

Si el padre tiene contacto con el niño, debe ponerse en la lista como secundario para la correspondencia?

Nombre de la mamá _____ Edad _____ Ocupación _____

Dirección (si es diferente a la del niño) _____

Si los padres no nacieron en Estados Unidos, ambos padres hablan Inglés? _____

En que país nacieron los padres? _____ Que language (hablan o escriben) los padres están más a gusto con? _____

Si los padres están trabajando, que arreglos hacen para el cuidado del hijo: _____

Estado marital: Casado Separado Divorciado Viudo Otro

Si los padres no viven juntos, su hijo tiene contacto con el padre no-custodial? si no
Con cuanta frecuencia? _____

Su hijo recibe: SSI Medicaid Medicare # _____

Hermanos: Haga una lista de los niños en su familia por orden de edades:

Nombre	Fecha Nac	Sordo	Escuela que asiste	Grado	Problemas de Salud
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Otros adultos y niños que vivan con su familia (relacion y edad):

Seccion III. Nacimiento y Desarrollo & Informacion Medica:

Embarazo/Nacimiento: la madre tuvo alguna complicacion durante el embarazo: _____

Describa el tipo de enfermedad y el mes en que ocurrio: _____

Hubo alguna medicina /droga recetada que tomo durante el embarazo: _____

Tuvo cuidado prenatal: _____ Donde? _____

Nombre del doctor o programa _____

Numero de horas del parto: _____ Comentarios _____

El nacimiento fue de termino completo: Prematuro (meses _____ semanas _____) Retrasado _____ semanas

Parto: Vaginal Cesarea. Alguna herida al niño _____

Peso _____ Como era la salud general del niño al nacer _____

Termino que se quedo en el hospital: madre _____ bebe _____

Alguna dificultad con el niño al alimentarse (se ahogaba, reflujo etc) _____

Su hijo tiene alguna alergia o restricciones con la comida ahora mismo? _____

Como come su hijo ahora? _____

Desarrollo: A que edad su hijo :

- | | |
|-----------------------------|--|
| _____ Se viro | _____ Se vistio solo |
| _____ Se sento solo | _____ Entrenado al bano |
| _____ Camino solo | _____ Indico que el/ella necesitaba ayuda en el bano |
| _____ Comio con una cuchara | _____ Tomo de un vaso |

Como era el/ella como bebe: _____

Alguna tecnica para calmarlo? _____

Como su hijo se mueve en los alrededores? _____

El /ella necesita ayuda especial _____

Que clases de juguete su hijo juega _____

Es su hijo mano derecha _____ mano izquierda _____ usa ambas manos _____

Su hijo pierde el balance rapidamente _____

Como su hijo responde cuando se le toca _____

Por personas familiares: _____

Hay historia familiar de:

- | | |
|------------------------------|---|
| _____ Diabetes | _____ TB |
| _____ Problemas del Corazon | _____ Cancer |
| _____ Ataques | _____ Problemas del Rinones |
| _____ Enfermedad Mental | _____ Tics Nerviosos |
| _____ Convulsiones | _____ Problemas de alcohol y drogas (quien) |
| _____ Enfermedad de Tiroides | _____ Scoliosis |
| _____ Anemia | _____ Problemas con las celulas |

Ha tenido su hijo algun tipo de accidente que requiera hospitalizacion o visitas al doctor: _____

Tipo de accidente	Edad	Anotes
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Que enfermedad o cirugia su hijo ha requerido de hospitalizacion o visitas al doctor?

Enfermedad/Cirugia	Edad	Anotes
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Su hijo tiene o ha tenido:

- Asma
- Anemia
- Envenenamiento con Plomo
- Hepatitis
- Enfermedad de Convulsiones
- Fiebre Crónicas
- Infecciones de Oído

Haga cualquier que usted pueda pensar puede ser significativo en el efecto de la enfermedad a la actitud de salud de su hijo: _____

Como se siente su hijo acerca de doctores y enfermeras _____

Su hijo tiene alguna otra incapacidad además de su pérdida de audición? _____

Describa _____

Vision: Normal Ver de cerca Ver de lejos Atismatismo

Su hijo usa gafas _____ A que edad comenzó a usarlas _____

Un doctor lo ha chequeado su visión últimamente? Si es si, cuando _____

Nombre del doctor: _____

Dirección: _____

Haga una lista de las exámenes médicos que usted cree que serán de ayuda para los record de la escuela (fechas, donde, resultados): _____

Nombre del pediatra o clínica donde ven a su hijo: _____

Teléfono _____

Con que frecuencia su hijo ve al doctor _____ porque razones _____

Cuando fue la ultima vez que su hijo visito al doctor _____

Esta su hijo tomando alguna medicina _____. Tipo _____

Es su hijo visto por algun especialista: _____

Haga una lista de las alergias que su hijo tenga (a la medicina, comida, ambiente,) : _____

_____. Reacciones _____

Tiene su hijo algun servicio de apoyo (PT,OT,terapia de la vision, terapia de conducta, etc) _____

Cuando y con quien _____

Seccion IV . Historial Sordo e Informacion de Comunicacion

En que edad usted penso por primera vez que su hijo tenia perdida de audicion: _____ Explique en detalles: _____

Hay historial de perdida de audicion en la familia _____ Describa _____

Quien y donde fue la persona profesional que le dijo de la perdida de audicion de su hijo (fecha, lugar y direccion.) Que tipos de examenes se hicieron? _____

Que se le dijo en cuanto el tipo y cantidad de perdida de audicion _____

Cuales fueron sus sentimientos /reacciones acerca de la perdida de audicion? _____

Segunda evaluacion (fecha, lugar, direccion y por quien) _____

Donde su hijo sigue sus citas para los servicios audiológicos? _____

Diagnostico y grado de perdida de audicion: _____

Cuando fue el ultimo examen de audicion de su hijo _____

Cual es la causa de la perdida de audicion de su hijo: _____

Tuvo usted consejeria genetica? _____

Se le ha recomendado consejeria genetica? _____

Tipos de equipos audiológicos que su hijo use: _____

Su hijo usa audifonos, en que oido: Derecho Izquierdo Ambos

Desde que edad su hijo usa audifonos? _____

Quien los receto y si le sirven bien _____

Quien cuida los audifonos _____ Estan a gusto con esto _____

Tiene el equipo de Cuidado de Audifonos: _____

Cuantas horas al día su hijo usa audifonos _____

Como se siente su hijo usando los audifonos: _____

Donde estan los audifonos ahora? _____

Estan trabajando _____ Le sirven los moldes de oido _____

Cual seguro medico compro los audifonos: _____

Ha habido algun cambio desde la receta original _____

Cuales sonidos su hijo escucha (C) o sin (S) los audifonos?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ningun sonido | <input type="checkbox"/> solo sonido fuertes |
| <input type="checkbox"/> la voz de los padres | <input type="checkbox"/> alarmas de fuego |
| <input type="checkbox"/> telefono | <input type="checkbox"/> aviones |
| <input type="checkbox"/> vira la cabeza cuando se le llama | <input type="checkbox"/> TV/radio |
| <input type="checkbox"/> Otros sonidos: _____ | |

Usted siente que su hijo escucha mejor por un oido? _____

Su ha tenido:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> oidos supurando | <input type="checkbox"/> sacado la admindalas | <input type="checkbox"/> tubos |
| <input type="checkbox"/> sonidos en la cabeza | <input type="checkbox"/> Adenoidectomia | <input type="checkbox"/> Wax en los oidos |
| <input type="checkbox"/> infeccion del hueso | <input type="checkbox"/> catarros frecuentes | <input type="checkbox"/> cirugia del oido |
| <input type="checkbox"/> dolor de oido | <input type="checkbox"/> mareos - describa _____ | |

Que language(s) hablan en la casa _____

Como se hace usted entender de su hijo. (eje como lo llama a el para comer, {gestos, hablando, senas, senalando, expresiones facciales, mima}): _____

Si usted usa language de senas, cuando comenzo a usarlo; _____

Esta matriculado en clases de senas _____ Donde: _____

Como su hijo se hace entender a los demas. (eje, senas, palabras, oraciones, su voz, senalando , gestos.)

Su hijo le mira a la cara cuando usted habla _____

Que sonidos/palabras su hijo dice: _____

Que palabras el imita y trata de decir; _____

Que direcciones puede el/ella seguir (eje, "busca la taza"): _____

Seccion V. Educacion

Su hijo tiene experiencia previa en la escuela _____

Como su hijo respondo a esta experiencia _____

Usted siente que su hijo se beneficia de este entrenamiento? _____

Puede usted describir la experiencia (estilo de comunicacion, oportunidades sociales, beneficios
educacionales) _____

Escuela que su hijo asistio previamente:

Nombre	Direccion	Fechas asistidas
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ha recibido los servicios de Early Intervention? _____

Donde? _____

Como usted siente que su hijo aprende: ___ Rapido ___ Moderado ___ Lento

Por favor explique: _____

Seccion VI. Informacion Adicional del Nino y Familiar

Como es el apetito de su hijo: _____

Su hijo tiene algun problema de digestion: _____

Algun problema con el control de la escreta o begiga: _____

Su hijo aun tiene dificultades con el entrenamiento del bano, accidents, etc _____

Cuantas horas por noche su hijo duerme: _____

Su hijo tiene una hora de acostarse regularmente: _____

Su hijo se acuesta dispuesto y sin protestar: _____

Como duerme su hijo? _____ tranquilamente _____ descansado

_____ se levanta frecuentemente _____ llora cuando esta dormido.

Tiene pesadillas? _____ Con que frecuencia? _____

Su hijo duerme solo o comparte el cuarto? _____ Si es si, con quien _____

Su hijo tiene un juguete favorito o algo que se acueste con el: _____

Su hijo se chupa el dedo o dedos? _____

Tiene algun miembro familiar que se haya ido por alguna razon (muerto) durante la vida del nino _____

Como la perdida afecto a su hijo? _____

Cual usted siente es el problema emocional mas grande que su hijo se ha tenido que enfrentar hasta este momento en su vida? _____

Que miedos su hijo tiene? _____

Que cosas enojan a su hijo? _____

Con que frecuencia su hijo se enoja? _____

En general, que tan rapido su hijo se recupera de enojos y ansiedad? _____

Su hijo tiene companeros de juego en la casa _____ Cuantos? _____

Edades: _____

Companeros de juego sordos o que oyen? _____

Describe el exito mas grande o dificultades de su hijo a la hora de jugar con otros ninos: _____

Su familia tiene mascotas? _____

Puede usted explicar cambios a su hijo? _____

Como hace esto? _____

Como usted disciplina a su hijo? _____

Que metodos han sido exitosos? _____

Su hijo entiende el bien y el mal? _____

Esta su hijo consciente de los peligros del ambiente (fuego, escaleras, etc) _____

Como su hijo reacciona a situaciones nuevas? _____

Ha sido su hijo dejado con otra gente alguna vez? Como su hijo reacciona? _____

Que actividades su hijo disfruta mas (pasatiempos e intereses, etc) _____

Ha sido su hijo examinado previamente por un sicologo o siquiatra para tartar problemas emocionales o de conducta? _____

Si es asi, donde _____

Nombre del Siquiatra o Sicologo: _____

Por favor marque lo que aplique a su hijo:

- | <u>SI</u> | <u>NO</u> | |
|-----------|-----------|---|
| ___ | ___ | Juega mayormente solo |
| ___ | ___ | Tiene rabietas |
| ___ | ___ | Tiene conducta agresiva ___ en la casa ___ en la escuela |
| ___ | ___ | Tiene conducta destructiva ___ en la casa ___ en la escuela |
| ___ | ___ | Roba o miente (ninos mayores) |
| ___ | ___ | Es solitario, timido con los adultos ___, con los ninos ___ |
| ___ | ___ | Problemas relacionados a sexo |
| ___ | ___ | Hace fuegos |
| ___ | ___ | Se queda mirando fijo a la luz |
| ___ | ___ | Se distrae facilmente, bien activo |
| ___ | ___ | Golpea su cabeza en la cuna o el piso |
| ___ | ___ | Muerde sus unas |
| ___ | ___ | Se cansa facilmente |
| ___ | ___ | Llora frecuentemente |
| ___ | ___ | Es dificil de manejar en la casa |

Comentarios al respecto: _____

Como usted describe la personalidad de su hijo? _____

Cuales son las fortalezas de su hijo? _____

Cuales son las areas de necesidad? _____

Firma del Padre