



NEW YORK –820 2ND Avenue Unite 6C · New York, NY 10016 · Tel (212) 661-7460 · Fax (212) 661-7496

NEW JERSEY –20 Prospect Avenue Suite 800 Hackensack, NJ 07601 · Tel (212) 661-7460 · Fax (212) 661-7496

Las siguientes preguntas son hechas para tener un mejor entendimiento de la situación de su hijo. Por favor llene este cuestionario antes de que su hijo sea evaluado. Léalo cuidadosamente y responda todas las preguntas lo mejor que pueda. Usted puede utilizar la parte de atrás de esta hoja si necesita mas espacio. Si usted no entiende alguna pregunta déjela en blanco y el examinador(a) le ayudará a completarla cuando la entrevista se lleve a cabo. Por favor, marque la pregunta con un asterisco (*) para poder identificarla.

Información del Niño/ Niña (por favor use letra de imprenta)

Nombre legal _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Tel. Hogar o Celular _____

Médico General _____ Teléfono _____

Neurólogo Principal _____ Teléfono _____

Nombre de la Escuela _____ Grado Escolar _____

Dirección de la Escuela _____

Si es pública ¿A qué distrito escolar pertenece? _____

Nombre de quien esta llenando esta forma _____

Liste las principales razones por las cuales usted buscó ayuda para este(a) niño(a).

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____



Historia Familiar

El(la) niño(a) esta viviendo con:

___ Sus dos padres ___ Madre ___ Padre ___ Madre y Padrastro
___ Padre y Madrastra ___ Guardián Legal ___ Otro (especifique) _____

Estado civil de los padres:

___ Casados ___ Separados ___ Divorciados ___ Viudo ___ Soltero

¿Cuántos años de casados? _____ ¿Cuánto tiempo de separados/divorciados?

_____ ¿Cuántos años tenía el niño(a) cuando se divorciaron? _____

Madre

Padre

Nombre _____

Edad _____

Raza _____

Escolaridad _____

Grado/Título Profesional _____

Ocupación _____

Por favor describa cualquier tratamiento/problema médico o neurológico.

Por favor describa cualquier problema psicológico o psiquiátrico para el que haya recibido tratamiento.

Madre adoptiva, Madrastra u
Otra persona _____(marque X)
Edad _____
Escolaridad _____
Ocupación _____

Padre adoptivo, Padrastro u
Otra persona _____(marque X)
Edad _____
Escolaridad _____
Ocupación _____

Otros niños (incluyendo medios hermanos o hermanastros)

Nombre	Edad	Género	¿vive en casa?	Problemas de salud, desarrollo ó de aprendizaje
--------	------	--------	----------------	--

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Familia biológica extendida

¿Alguno de sus familiares (maternos/paternos abuelos, tíos, tías, primos, primas) han sido diagnosticados con TDAH (ADHD), epilepsia, convulsiones o algún otro trastorno neurológico, desorden genético, alcoholismo, abuso de sustancias, problemas psiquiátricos o psicológicos, problemas de aprendizaje, autismo o trastornos del desarrollo?

Si ___ No ___ Por favor diga qué relación tiene con el(la) niño(a), el tipo de problema y qué tipo de tratamiento ha recibido ésta persona.

Materno

Paterno

Por favor suministre cualquier otra información de la familia extendida del(de la) niño(a) que pueda ser relevante para entender mejor las necesidades de su hijo(a) (médico, de desarrollo, de conducta, emocional, psicológico o educativo).

Historia de Nacimiento y de Desarrollo

Embarazo

¿Llegó su embarazo a término? _____ ¿Fue prematuro (cuántos meses)? _____

¿Fue post-término (indique cuánto tiempo)? _____

¿Hubo algún problema médico o alguna complicación durante el embarazo?
Si ___ No ___ Por favor explique

¿Tomó algún medicamento **durante** el embarazo?

Por favor indique si utilizo alguna sustancia durante el embarazo:

___ Cigarrillos	¿Cuántos al día ___ , a la semana ___ ?
___ Alcohol	¿Cuántas copas ___ al día, ___ a la semana, ___ al mes?
___ Drogas	Por favor describa de que tipo y con que frecuencia las consumía. También diga en qué mes del embarazo las dejó de usar (si es relevante). _____

¿Tomó el padre algún tipo de medicamento o droga durante la concepción? ¿Cuáles?

Antes del nacimiento de éste niño, ¿cuántos embarazos o pérdidas tuvo la madre?

Parto y Nacimiento

¿Fue el parto “normal”? Si ___ No ___

¿Fue el nacimiento por medio de una cesarea? Si ___ No ___

¿Tuvo su hijo algún problema o presentó complicaciones durante el embarazo, nacimiento o posparto? Si ___ No ___

Por favor explique:

Historia Perinatal

Peso del niño al nacer _____

APGAR 1-minuto _____

APGAR 5-minutos _____

¿Estuvieron la madre o el niño (a) en cuidados intensivos o recibieron cuidados especiales? Si _____ No _____

Por favor describa qué tipo de problemas se presentaron.

Infancia y Niñez

Por favor evalúe al (a la) niño(a) en los siguientes comportamientos. Circule 1 si la conducta de la izquierda se presenta la mayoría del tiempo. Circule 5, si la conducta de la derecha es la que se presenta la mayoría del tiempo. Los estados intermedios están representados por los números 2,3 y 4. Si dos comportamientos están listados en la misma opción, marque el que corresponda.

Tranquilo y callado	1	2	3	4	5	con cólicos e irritable
Fácil de alimentar	1	2	3	4	5	problemas diarios de alimentación
Dormía bien	1	2	3	4	5	dificultades frecuentes del sueño
Generalmente relajado	1	2	3	4	5	frecuentemente intranquilo
Poco activo	1	2	3	4	5	muy inquieto o activo
Cariñoso, fácil de cargar	1	2	3	4	5	no le gustaba ser cargado
Se tranquilizaba fácilmente	1	2	3	4	5	berrinchudo
Cuidadoso	1	2	3	4	5	___ dado a tener accidentes ___ muy travieso
Coordinado	1	2	3	4	5	descoordinado
Gustaba del contacto visual	1	2	3	4	5	evitaba el contacto visual
Gustaba de la gente	1	2	3	4	5	disgustaba del contacto con gente

¿Ha su niño presentado alguna vez de conductas auto-destructivas? Si ___ No ___
Por favor explique _____

Por favor describa cualquier comportamiento de su hijo que le preocupe a usted o a otros:

Describa otros problemas o comente cualquier situación que le parezca importante en el desarrollo de la infancia de su hijo:

Por favor describa al (a la) niño(a) cuando era bebe (su temperamento, hábitos de sueño o alimenticios, etc):

Edades en importantes momentos del desarrollo.

Motor grueso: Gateó _____ Caminó solo(a) _____ Corrió bien _____
Motor fino: Comió con cuchara _____ Hizo garabatos _____ Amarró zapatos _____
Lenguaje: Usó primeras palabras _____ Dijo frases (2 a 4 palabras) _____
Dijo frases (4 o más palabras) _____
Entrenado(a) en el baño durante el día _____ Durante la noche _____

Calificando el desarrollo general usted diría que su niño(a) es:

___ Lento ___ Normal ___ Rápido

Historia Médica.

¿Ha llevado a su hijo a la sala de emergencia después de haber sufrido un accidente serio o ha tenido alguna enfermedad que requiera ser hospitalizado o ha tenido alguna cirugía ambulatoria desde que nació? Si ___ No ___

Por favor describa la condición médica (heridas, enfermedades, cirugías). Diga por favor cuándo, por cuánto tiempo y dónde ocurrió.

¿Ha sido el niño(a) alguna vez diagnosticado con Epilepsia o algún trastorno del Sistema Nervioso Central (infarto, trauma craneal, o algún otro)?

Si ___ Edad a la que se le diagnosticó _____.

No ___

Por favor explique:

¿Ha tenido el (la) niño(a) alguna herida en la cabeza? Si ___ No ___ ¿A qué edad? _____

¿Se desmayó o perdió la consciencia? Si ___ No ___ ¿A qué edad? _____

¿Estuvo en coma? Si ___ No ___ ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Ha sido su hijo(a) diagnosticado con alguna enfermedad? Si ___ No ___
Explique _____

¿Ha sido su hijo(a) alguna vez diagnosticado(a) con algún trastorno genético? Si ___
No ___ Explique:

¿Ha sido su hijo(a) alguna vez diagnosticado(a) por un psicólogo o médico con algún
trastorno del desarrollo relacionado al Autismo (Autismo, Asperger, Desorden Pervasivo
del Desarrollo)? Si ___ No ___ Por favor explique. Diga desde cuando:

¿Ha sido su hijo(a) alguna vez diagnosticado por un psicólogo o médico con TDAH
(Trastorno por Déficit de atención o hiperactividad, ADHD)? Si ___ No ___
Explique por favor. Diga desde cuando:

¿Ha sido su hijo(a) alguna vez diagnosticado(a) por un psicólogo, médico, o distrito
escolar con algún problema de aprendizaje (lectura, escritura, lenguaje o matemáticas)?
Si ___ No ___ Por favor explique y diga desde cuando:

Por favor escriba la fecha del último examen de oído. _____
¿Fueron normales los resultados? Si _____ No _____
Por favor explique.

¿Cuando fue la última fecha en la que se le examinó la vista? _____
¿Su niño(a) usa lentes? Si ___ No ___
¿Usa lentes de contacto? Si ___ No ___ Por favor explique:

Por favor liste todos los medicamentos que el niño(a) este tomando **actualmente**. Por favor dé información acerca del horario y de las dosis de todos los medicamentos recetados o sin prescripción que el(la) niño(a) este tomando.

- | | |
|----------|----------|
| 1) _____ | 2) _____ |
| 3) _____ | 4) _____ |
| 5) _____ | 6) _____ |

Doctor que las recetó _____
Especialidad Médica _____

Por favor liste medicamentos que su hijo(a) haya tomado en el **pasado** (indique dosis y horarios).

- | | |
|----------|----------|
| 1) _____ | 2) _____ |
| 3) _____ | 4) _____ |

Doctor que las recetó _____
Especialidad Médica _____

Describa como es la salud actual de su hijo(a):

_____ Pobre _____ Suficiente _____ Buena _____ Excelente

Historia de Salud Mental y de Comportamiento

Por favor liste cualquier evento que haya podido ser inusual, traumático o que haya generado altos niveles de estrés a su hijo(a) del cual usted cree que haya podido impactar su desarrollo o su nivel actual de funcionamiento. Describa el incidente, la edad del niño en ese tiempo y haga algún comentario.

¿Ha recibido el niño(a) o algún familiar algún tratamiento profesional de salud mental como psicoterapia o consejería individual, familiar, grupal, etc.?

Si ____ No ____

Por favor liste cualquier tratamiento actual o pasado y especifique qué tipo de tratamiento fué y su duración. También diga quién recibió el tratamiento y quién fue el psicoterapeuta o consejero.

Duración del tratamiento _____

Personalidad y Conducta Actual

Por favor marque cualquier rasgo que describa al niño(a) **actualmente**:

Triste	Feliz	Líder	Seguidor	Humor inestable
Amigable	Quieto	Inquieto	Independiente	Dependiente
Sensible	Afectuoso	Temeroso	Cooperativo	Berrinchudo
Letárgico	Muy responsable	Problemas al dormir	Difícil de disciplinar	
Prefiere estar solo				

Historia Educativa

¿Fue el(la) niño (a) al preescolar o a la guardería? Por favor indique la localización, el nombre del programa, por cuantos días a la semana, la edad del niño(a) cuando empezó a asistir y su progreso durante el programa.

Por favor describa brevemente su desempeño y cualquier problema que se haya presentado en cada año escolar.

Preescolar _____

Kindergarten _____

1er grado _____

2do grado _____

3er grado _____

4^{to} grado _____

5^{to} grado _____

Middle School _____

High School _____

College _____

¿Ha estado su hijo(a) en algún programa de educación especial? Si ___ No ___

Actualmente _____ En el pasado _____

Indique en que año escolar fue identificado para el programa especial _____

Clasificación _____

Servicios recibidos _____

¿Ha sido el niño identificado como intelectualmente avanzado o talentoso e invitado a pertenecer al un programa especial? Si ___ No ___

Actualmente _____ En el pasado _____

¿Qué tipo de programa? _____

Pasatiempos.

Liste por favor los pasatiempos favoritos de su hijo (a).

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Habilidades especiales, talentos o intereses.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Información adicional.

Por favor incluya los resultados de evaluaciones anteriores.
También incluya cualquier otra información que le parezca relevante y que pueda ser de ayuda para entender mejor a su hijo(a).

Muchas gracias por su tiempo.

Firma _____
Persona que proporcione la información.

_____ Fecha

Evaluación neuropsicológica para niños

Requiere por lo general revisar detalladamente la historia médica, educativa y del desarrollo, sumado a una evaluación profunda de varias habilidades cognitivas (atención, memoria, lenguaje, habilidades visoespaciales, y motricidad fina).

No se olvide de traer:

Información médica (incluyendo informes de CT, MRI)

Lista de medicaciones que se están tomando

Informes neuropsicológicos, educacionales, de terapia del habla, ocupacional, físicos

Boletines de la escuela

Informes de IEP –Programa Educacional Individualizado (si lo tiene)

Cualquier otra información que sea importante

Gafas (anteojos) para leer (si se usan)

Trate de asegurarse que su niño/a haya:

Dormido bien la noche anterior

Comido un buen desayuno

Y por favor traiga una merienda (comida o bebida) prolija para que su niño/a consuma durante la evaluación (ej. galletitas, jugo). Haremos un descanso para el almuerzo también.

La evaluación puede durar de 3-5 horas así que le recomendamos que planifique su día acorde a esto. Una evaluación completa puede requerir una segunda visita lo cual será determinado por el neuropsicólogo el primer día de la evaluación.

Pedimos que esté presente por lo menos un padre/adulto responsable durante la totalidad de la evaluación.

Por favor deje su número celular con la secretaria si usted tiene que salir de la oficina por un ratito (ej. Cuando vaya al baño).

Por favor tenga en cuenta que si usted se retrasa 45 minutos o más a su cita, esta deberá ser movida a otra fecha.

También le pedimos que tenga en cuenta que toda cita es tentativa y puede que sea necesario cambiarla o cancelarla si no se recibe la autorización de su seguro médico a tiempo.

Un máximo de cinco horas ha sido reservado para usted el día de su cita. Es por este motivo que le pedimos que si usted no va a poder venir ese día, que llame a la oficina por lo menos 48 horas antes para evitar ser cobrado por la misma.

También le pedimos que esté enterado que el día de la evaluación, se esperará que pague cualquier pago/copayment que sea aplicable, lo cual será cobrado antes de empezar la evaluación. Se puede pagar en efectivo, con cheque, o con tarjeta de crédito (Visa, Mastercard, or Discover). Si su seguro médico no paga el costo de la evaluación o no paga una porción de la misma, tenga en cuenta que será responsable por este pago.

Una vez que se complete la evaluación, el informe se completará aproximadamente 3 semanas después de la última visita. En ese momento se lo contactará para hacer una cita durante la cual se encontrará con el neuropsicólogo para discutir los resultados. No necesita traer al niño a esta cita. Es necesario discutir estos resultados con su neuropsicólogo antes que con el médico que lo derivó porque solo el neuropsicólogo puede explicarle completamente los detalles de los resultados y las recomendaciones específicas. Se le entregará una copia del informe ese mismo día y también se le enviará al médico que lo derivó en cuanto tenga esta conversación con el neuropsicólogo.