

Health, Developmental, and Social History

CONFIDENTIAL

For Educational Purposes Only

Student's Name: _____

Parents are: _____ Married _____ Divorced _____ Other (Please Explain) _____

Is there any custodial concerns/parent plan that we should be aware of? _____

DEVELOPMENTAL or EARLY HISTORY:

Did your child meet developmental milestones? _____ walk? _____ talk? _____ toilet trained?

MEDICAL HISTORY and ILLNESS OF STUDENT: (Check those that are true for this child; Star (*) those that are a present concern)

_____ Allergy Known _____ Asthma _____ Color Blindness _____ Concussion _____ Diabetes _____ Heart Condition

_____ Seizure Disorder _____ Ear Infections (Tubes in Ears? _____) _____ Eye Problems? (Wears Glasses? _____)

_____ Hearing Loss (Hearing Aids? _____)

Does the child have any physical limitation/health problems? _____ No _____ Yes If yes, please describe:

Does this child need special or continuing medical care? _____ No _____ Yes If yes, please describe:

CURRENT GENERAL HEALTH STATUS:

Is child taking any medications? _____ No _____ Yes, for _____

Name of medication: _____ Dosage: _____ Frequency: _____

Is medication needed at school? _____ No _____ Yes

SOCIAL BEHAVIORS:

Favorite Activities: _____ Home Responsibilities _____

Child behavior/response to anger: _____

Fear/Conflicts: _____

Circle all behaviors that apply to your child: *affectionate; shy, friendly, withdrawn, inactive, curious, hyperactive, impulsive or explosive behavior, cries easily, aggressive, prefers to be alone, easily frustrated.*

Additional comments: _____

Attended Preschool? _____ No _____ Yes If yes, how long? _____ Where?

Has child been seen by a: _____ Psychologist _____ Psychiatrist _____ Counselor

Dates?

Comments:

ENVIRONMENTAL FACTORS INFLUENCING EDUCATION PROCESS:

How many times has this child moved in the last two years? _____

Has this child experienced death/divorce within the immediate family? _____

Agencies working with the family: _____

What are your educational concerns for this child? _____

Are there other concerns? _____

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Historial de salud y desarrollo social

CONFIDENCIAL

Sólo para fines educativos

Nombre del estudiante: _____

Los padres son: _____ Casados _____ Divorciados _____ Otro (Por favor, explique) _____

¿Existe alguna inquietud sobre la custodia o algún plan de los padres que debamos conocer? _____

HISTORIAL DE DESARROLLO INFANTIL:

¿Su hijo cumplió las distintas habilidades de desarrollo? _____ Caminar? _____ Hablar? _____ ¿Sabe ir al baño?

HISTORIAL MÉDICO Y ENFERMEDADES DEL ESTUDIANTE: (Marque las que sean verdaderas para este niño; marque con una estrella (*) las que sean una preocupación actual)

____ Alergia conocida ____ Asma ____ Daltonismo (deficiencia de color al ver) ____ Convulsión cerebral ____ Diabetes

____ Enfermedad cardíaca ____ Trastorno convulsivo ____ Infecciones de oído (¿Tubos en los oídos?

____ Problemas oculares? ¿Usa anteojos? _____ Pérdida auditiva ¿Usa audífonos? _____

¿Tiene el niño alguna limitación física o problema de salud? _____ No _____ Sí Si es así, descríballo:

¿Este niño necesita atención médica especial o continua? _____ No _____ Sí Si es así, descríballo:

ESTADO GENERAL DE SALUD ACTUAL:

¿El niño está tomando algún medicamento? _____ No _____ Sí, para _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

¿Se necesitan medicamentos en la escuela? _____ No _____ Sí

COMPORTAMIENTOS SOCIALES:

Actividades favoritas: _____ Responsabilidades en el hogar _____

Comportamiento del niño/respuesta a la ira: _____

Miedo/Conflictos: _____

Encierra en un círculo todos los comportamientos que se aplican a tu hijo: *cariñoso, tímido, amigable, retraído, inactivo, curioso, hiperactivo, comportamiento impulsivo o explosivo, llora fácilmente, agresivo, prefiere estar solo, se frustra fácilmente.*

Comentarios adicionales: _____

¿Asistió a preescolar? _____ No _____ Sí Si es así, ¿cuánto tiempo? _____
¿Dónde? _____

¿El niño ha sido visto por un: _____ Psicólogo _____ Psiquiatra _____ Consejero?

¿Fechas? _____

Comentarios: _____

FACTORES AMBIENTALES QUE INFLUYEN EN EL PROCESO EDUCATIVO:

¿Cuántas veces se ha mudado este niño en los últimos dos años? _____

¿Este niño ha experimentado la muerte o el divorcio dentro de su familia inmediata? _____

Agencias que trabajan con la familia: _____

¿Cuáles son sus preocupaciones educativas para este niño? _____

¿Existen otras preocupaciones? _____

Firma del padre/tutor _____

Fecha _____