**ESCUELAS PÚBLICAS DE WESTPORT**

**SERVICIOS SANITARIOS**

**CUESTIONARIO DE LA SALUD Y DESARROLLO: ESTUDIANTE NUEVO**

CONFIDENCIAL

Nombre del estudiante: Fecha de nacimiento: La fecha de hoy

SALUD GENERAL: (Por favor marque cada punto que corresponda a su hijo, y explique a continuación)

□ Complicaciones en el embarazo □ Dolores de cabeza

□ Complicaciones/ lesiones en el parto □ Problemas auditivos

□ Prematuro □ Hospitalizaciones/ cirugías

□ Accidentes/ lesiones □ Infecciones

□ Alergias □ Hiper/ hipo activo

□ Asma □ Poco apetito/ problemas alimentarios

□ Accidentes intestinales/ de la vejiga □ Convulsiones

□ Condición crónica de la salud □ Problemas del sueño

□ Infecciones de los oídos □ Se cansa con facilidad

□ Se resfría con frecuencia □ Problemas de la vista

□ Problemas del crecimiento □ Otras preocupaciones de la salud

 Explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Su hijo padece de algún problema de la salud por el cual puede que necesite ayuda especial o atenciones médicas especializadas en la escuela. De ser así, por favor explique:

¿Su hijo toma algún medicamento (regularmente, de vez en cuando)? Especifique, por favor:

**HITOS DEL DESARROLLO:**

Mi hijo: se sentó caminó siguió dijo oraciones montó en

 *Marque uno* instrucciones de 2 a 3 palabras bicicleta

Antes de tiempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A su debido tiempo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Con retraso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El desarrollo de mi hijo ha sido parecido al de sus pares: □ Sí □ No

De no serlo, explique, por favor:

¿Cree que su hijo padezca de un problema del habla o lenguaje? □ Sí □ No

¿Su hijo tiene accidentes intestinales o de la vejiga? □ Nunca □ Raras veces □ A veces □ A menudo

**DESARROLLO SOCIAL/ EMOCIONAL:** (Por favor marque cada punto que corresponda a su hijo, y explique a continuación)

**□** Se muerde las uñas□ Es de carácter cambiante

□ Llora con facilidad □ Es cayado/ tímido

□ Sueña despierto □ Se une a las actividades en grupo

□ Se enoja con facilidad □ Juega con sus pares con facilidad

□ Le cuesta enfocarse □ Prefiere jugar solo

□ Tiene uno o más buenos amigos □ Comparte sus cosas con facilidad

□ Tiene pesadillas □ Se mantiene enfocado en la tarea

□ Tiene rabietas □ Se chupa el pulgar

□ Tiene confianza en sí mismo □ Tolera los cambios a las rutinas

□ Es impulsivo □ Normalmente parece estar feliz

Comente:

¿Su hijo tiene algún temor o ansiedad que pueda interferir con su aprendizaje en la escuela?

¿Hay algo que usted crea que deberíamos saber de su hijo para poder ayudarlo a adaptarse sin complicaciones a la escuela? De tenerlas, por favor, anótelo aquío comuníquese con la enfermera, el psicólogo o el consejero escolar.

¿Ha habido algún cambio importante en la familia recientemente o en el pasado?

Otros hijos: (nombres y edades):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre/ tutor legal Fecha (recibido por) enfermera escolar Fecha