

If you need help with this form, please call 254-724-5437. Then ask for someone in Child Development.

### Welcome to the Section of Child Development!

Dear parent or guardian:

Your child has been referred to the Child Development Clinic at McLane Children's Specialty Clinic in Temple, TX. We look forward to working with you to address your concerns about your child's development.

#### Important Facts About Your Child's Referral:

1. The attached paperwork needs to be completed by you and returned to our office. Once it is received, an appointment can be reviewed/scheduled.
2. Please return the attached paperwork to clinic within **3 MONTHS** time by returning in envelope provided, by fax at 254-935-5098 or by email, <mailto:mycdpkt@bswhealth.org>.
3. The first visit is with the developmental pediatrician. This visit will include a detailed history. Next steps in your child's care will be discussed at this visit. **Additional visits with the developmental pediatrician or psychologist may be needed before a final diagnosis is made.**
4. Approval from the insurance company is needed before scheduling any testing with psychology.
5. **The Child Development Clinic does not prescribe medications. If medications are recommended, you will be referred back to your child's primary care provider to prescribe medications.**

**Completing the questionnaire is not a guarantee for an appointment. It will be reviewed by the developmental pediatrician before an appointment can be scheduled.**

Please also include the following:

- \_\_\_\_\_ Completed NICHQ Vanderbilt Assessment – Parent Form. *Complete this form if your child is >5 years old. The form is attached at the end the parent questionnaire.*
- \_\_\_\_\_ Completed NICHQ Vanderbilt Assessment – Teacher Form. *The teacher needs to complete this form if your child is >5 years old and in school. The form is attached at the end the parent questionnaire.*
- \_\_\_\_\_ Copies of **developmental & educational records** if your child receives special services:  
This includes records like Early Childhood Intervention (ECI), Full & Individual Evaluation, ARD Committee Meeting reports, Section 504 Evaluations, Section 504 Accommodation Plans, and/or Speech-Language Evaluations.
- \_\_\_\_\_ Copies of **medical records** that pertain to your child's disabilities:  
This includes records like Neurology, Psychology, Neuropsychology, Genetics, and/or Developmental Pediatrics (outside BSW facilities)
- \_\_\_\_\_ Copies of custody papers, if applicable (must have judge's signature)

Section of Child Development  
1901 SW H.K. Dodgen Loop  
Building 300 4<sup>th</sup> Floor  
Temple, Texas 76502  
Fax: (254) 935-5098  
[mycdpkt@bswhealth.org](mailto:mycdpkt@bswhealth.org)

## ¡Bienvenidos a La Sección de Desarrollo Infantil!

Estimados padres o tutores:

Su hijo ha sido referido a la Clínica de Desarrollo Infantil en la Clínica de Especialidades de McLane Children's en Temple, TX.

Esperamos trabajar con usted para abordar sus preocupaciones sobre el desarrollo de su hijo.

### Datos importantes sobre la derivación de su hijo:

1. La documentación adjunta debe ser completada por usted y devuelta a nuestra oficina. Una vez que se recibe, se puede revisar/programar una cita.
2. Por favor, devuelva la documentación adjunta a la clínica dentro de los **3 MESES** devolviéndolo en el sobre proporcionado, por fax al 254-935-5098 o por correo electrónico, <mailto:mycdpkt@bswhealth.org>.
3. La primera visita es con el pediatra del desarrollo. Esta visita incluirá una historia detallada. Los próximos pasos en el cuidado de su hijo se discutirán en esta visita. **Es posible que se necesiten visitas adicionales con el pediatra o psicólogo del desarrollo antes de hacer un diagnóstico final.**
4. Se necesita la aprobación de la compañía de seguros antes de programar cualquier prueba con psicología.
5. **La Clínica de Desarrollo Infantil no receta medicamentos. Si se recomiendan medicamentos, se le remitirá de nuevo al proveedor de atención primaria de su hijo para que le recete medicamentos.**

Completar el cuestionario no es una garantía para una cita. Será revisado por el pediatra del desarrollo antes de que se pueda programar una cita.

Incluya también lo siguiente:

- \_\_\_\_\_ Sistema NICHQ Vanderbilt de Evaluación - Cuestionario para PADRES . *Complete este formulario si el niño/a tiene > 5 años. (El formulario en español se adjunta al final del cuestionario para padres).*
- \_\_\_\_\_ NICHQ Vanderbilt Assessment – Teacher Form. *El maestro/a necesita completar el formulario si el niño/a tiene > 5 años y está en la escuela. (El formulario se adjunta al final del cuestionario para padres).*
- \_\_\_\_\_ **Copias de registros educativos y de desarrollo** si su hijo/a recibe servicios especiales: Esto incluye registros como Intervención Temprana en la Infancia (ECI), Evaluación Completa y Individual (FIE), Reporte de Comité de Ingreso, Revisión y Salida (ARD)/Plan de Educación Individualizada (IEP), evaluaciones de la Sección 504, Planes de Acomodación de la Sección 504 y / o evaluaciones de habla y lenguaje.
- \_\_\_\_\_ **Copias de registros médicos** relacionados con las discapacidades de su hijo/a: Esto incluye registros como neurología, psicología, neuropsicología, genética y / o pediatría del desarrollo.
- \_\_\_\_\_ **Copias de los documentos de custodia**, si corresponde (debe tener la firma del juez)

Section of Child Development  
1901 SW H.K. Dodgen Loop  
Building 300 4<sup>th</sup> Floor  
Temple, Texas 76502  
Fax: (254) 935-5098  
[mycdpkt@bswhealth.org](mailto:mycdpkt@bswhealth.org)

**Parent Questionnaire for New Patients**  
**Cuestionario Para Padres de Pacientes Nuevos**

Today's date/Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**Child's Information / Información de Niño/a**

Child's Name/Nombre de niño/a:

First/Primer \_\_\_\_\_ Middle/Segundo \_\_\_\_\_ Last/Apellido \_\_\_\_\_

Birthdate/Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Gender/Sexo: ☐ Girl/Niña ☐ Boy/Niño

Address/Dirección: \_\_\_\_\_

City/Ciudad: \_\_\_\_\_ Zip Code/Código Postal: \_\_\_\_\_ County/Condado: \_\_\_\_\_

Main phone number/Numero primario del teléfono: \_\_\_\_\_

Has your child been seen in this clinic (Section of Child Development) before? / ¿Hemos atendido a su hijo/a antes aquí (Sección del Desarrollo Infantil)? ☐ No ☐ Yes/Sí

Main language spoken at home? / ¿Lenguaje primario en casa?

☐ English/Ingles ☐ Spanish/Español ☐ Sign Language/Lenguaje de señas (Americano) ☐ Other/Otro: \_\_\_\_\_

Is an interpreter needed for the appointment? / ¿Se necesita un intérprete para la cita? ☐ No ☐ Yes/Sí

**Home Information / Información del Hogar**

**Parent/Padre #1**

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name/Nombre:               | Relationship to Child/Relación al niño/a:<br><input type="checkbox"/> Biologic parent/Padre biológico<br><input type="checkbox"/> Adoptive parent/Padre adoptivo<br><input type="checkbox"/> Foster parent/Hogar de guarda<br><input type="checkbox"/> Guardian/Tutor legal<br><input type="checkbox"/> Relative/Otro familiar<br><input type="checkbox"/> Other/Otro: _____ |
| Occupation/Ocupación:      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Email/Correo electrónico:  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Home phone/Teléfono casa:  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Cell phone/Teléfono móvil: |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

**Parent/Madre #2**

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name/Nombre:               | Relationship to Child/Relación al niño/a:<br><input type="checkbox"/> Biologic parent/Madre biológico<br><input type="checkbox"/> Adoptive parent/Madre adoptivo<br><input type="checkbox"/> Foster parent/Hogar de guarda<br><input type="checkbox"/> Guardian/Tutor legal<br><input type="checkbox"/> Relative/Otro familiar<br><input type="checkbox"/> Other/Otro: _____ |
| Occupation/Ocupación:      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Email/Correo electrónico:  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Home phone/Teléfono casa:  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Cell phone/Teléfono móvil: |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

Emergency Contact/Contacto de Emergencia

| Name/Nombre | Relationship to Child/Relación al niño(a) | Phone number/Numero del teléfono |
|-------------|-------------------------------------------|----------------------------------|
|             |                                           |                                  |

Please list all adults & children **who live at home** with this child. / Enumere todos los adultos y niños que viven en casa con e niño/a.

| First & last name<br>Nombre primer y apellido | Age<br>Edad | Relationship to Child<br>Relación al niño/a | Has this person been seen in this clinic?<br>¿Hemos atendido a este persona aqui? |
|-----------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
|                                               |             |                                             | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí                       |
|                                               |             |                                             | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí                       |
|                                               |             |                                             | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí                       |
|                                               |             |                                             | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí                       |
|                                               |             |                                             | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí                       |
|                                               |             |                                             | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí                       |
|                                               |             |                                             | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí                       |

**Referral Information / Información de Referencia**

Referred by/Referido por:

(Doctor's name)/(Nombre de medico): \_\_\_\_\_ Phone/Teléfono: \_\_\_\_\_

Doctor's address/Dirección del medico: \_\_\_\_\_

Insurance Information:

Insurance Name/Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_ Member ID /ID de meimbro \_\_\_\_\_

Subscribers Name/Nombre de los suscriptores \_\_\_\_\_

Secondary Insurance Name/Nombre del Seguro secundario \_\_\_\_\_ Member ID /ID de meimbro \_\_\_\_\_

Subscribers Name/Nombre de los suscriptores \_\_\_\_\_

Next page.  
Sigüente página.

### Your Concerns / Sus Preocupaciones

1. What are the main concerns that you have about your child? Please describe why you are requesting a consultation.  
*¿Cuáles son las principales preocupaciones que tiene sobre su hijo/a? Por favor describa por qué está pidiendo una consulta.*

2. Please check which of the following are your goals for this consultation.  
*Por favor indique cuáles de los siguientes son sus objetivos para esta consulta.*

- ☐ For an evaluation of my child's attention or hyperactivity problems.  
*Para una evaluación de los problemas de atención o hiperactividad de mi hijo/a.*
- ☐ For an evaluation of my child's learning problems (reading, math, writing).  
*Para una evaluación de los problemas de aprendizaje de mi hijo/a (lectura, matemáticas, escritura).*
- ☐ For an evaluation of my child's developmental delays (language, social skills, motor skills).  
*Para una evaluación de los retrasos en el desarrollo de mi hijo/a (lenguaje, habilidades sociales, habilidades motoras).*
- ☐ For an evaluation to determine if my child has autism  
*Para una evaluación que permita determinar si mi hijo/a tiene autismo.*
- ☐ For a second opinion of my child's diagnosis of / *Para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico de mi hijo/a de*  
\_\_\_\_\_.
- ☐ Other goal (describe) / *Otro objective (describalos):* \_\_\_\_\_.

3. When did your child's problems begin (what age)? / *¿Cuando comenzaron los problemas de su hijo/a (cual edad)?*  
\_\_\_\_\_

- 4a. Has your child ever been diagnosed by a doctor or psychologist with a developmental or behavioral disorder? / *¿Evaluó a su hijo/a un médico o psicólogo y le diagnosticó un trastorno del desarrollo o del comportamiento?*

☐ No ☐ Yes/Sí

- 4b. If yes, what diagnoses? / *Si es sí, ¿qué diagnósticos?*
- ☐ Autism Spectrum Disorder/Trastorno del espectro autista
- ☐ ADHD/Déficit de atención e hiperactividad
- ☐ Cerebral Palsy/Parálisis cerebral
- ☐ Down Syndrome/Síndrome de Down
- ☐ Anxiety Disorder/Trastorno de ansiedad
- ☐ Other/Otro: \_\_\_\_\_

- 4c. If yes, who made the diagnosis and when? / *Si es sí, ¿quién hizo y cuando?*  
\_\_\_\_\_

5. \*Please mark if your child has... / Marque si su hijo/a tiene...

- |                                                                                                                                             |                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tried to hurt or kill himself/herself or animals<br><i>Intentó lastimarse/suicidarse o lastimar/matar animales</i> | <input type="checkbox"/> Tried to hurt/kill others or destroy property<br><i>Intentó herir/matar a otros o destruir bienes</i> |
| <input type="checkbox"/> Extreme temper tantrums or meltdowns<br><i>Tiene crisis o rabietas extremas</i>                                    | <input type="checkbox"/> Extreme anger or aggression<br><i>Está muy enojado o agresivo</i>                                     |

**\*Note:** The specialists in the Section of Child Development are not Psychiatrists or Psychologists. If your child has severe behavioral problems, we may conclude your child needs a referral or transfer of care to a Psychiatrist and/or Psychologist.

**\*Nota:** Los especialistas en la Sección de Desarrollo Infantil no son psiquiatras o psicólogos. Si su hijo/a tiene problemas graves de conducta, podemos concluir que su hijo/a necesita una referencia o transferencia de atención a un psiquiatra y / o psicólogo

### Pregnancy History / Historia del Embarazo

1. Is your child adopted? / ¿Es adoptado su hijo/a? ☐ No ☐ Yes/Sí

2. How many times has the mother been pregnant? / ¿Número de embarazos de la madre biológica del niño/a? \_\_\_\_\_

3. How much weight did the mother gain during the pregnancy? / ¿Cuánto peso aumento la madre durante el embarazo?  
\_\_\_\_\_ Pounds/Libres

4. When did prenatal care begin? ☐ 1<sup>st</sup> trimester/el 1er trimestre ☐ 3<sup>rd</sup> trimester/el 3er trimestre  
¿Cuándo comenzo el cuidado prenatal? ☐ 2<sup>nd</sup> trimester/el 2do trimestre ☐ None/Ninguno

5. Did the mother have any problems during the pregnancy with... / ¿Tuvo la madre algún problema con...

Bleeding/spotting? ☐ No ☐ Yes/Sí ☐ Unsure/No estoy seguro/a  
¿Sangrado vaginales?

Diabetes? ☐ No ☐ Yes/Sí ☐ Unsure/No estoy seguro/a  
¿Diabetes

High blood pressure? ☐ No ☐ Yes/Sí ☐ Unsure/No estoy seguro/a  
¿Alta presión?

Infections? ☐ No ☐ Yes/Sí ☐ Unsure/No estoy seguro/a  
¿Infecciones?

Alcohol use? ☐ No ☐ Yes/Sí – Describe/explique: \_\_\_\_\_ ☐ Unsure/No estoy seguro/a  
¿Consumo de alcohol?

Tobacco use? ☐ No ☐ Yes/Sí – Describe/explique: \_\_\_\_\_ ☐ Unsure/No estoy seguro/a  
¿Consumo de tabaco?

Illegal drug use? ☐ No ☐ Yes/Sí – Describe/explique: \_\_\_\_\_ ☐ Unsure/No estoy seguro/a  
¿Consumo de drogas ilegales?

Prescription medication use? ☐ No ☐ Yes/Sí – Describe/explique: \_\_\_\_\_ ☐ Unsure/No estoy seguro/a  
¿Consumo de medicamentos?

Other problems? ☐ No ☐ Yes/Sí – Describe/explique: \_\_\_\_\_ ☐ Unsure/No estoy seguro/a  
¿Otros problemas?

**Labor and Delivery / Historia del Labor y Parto**

|                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Birth mother's age at birth of child? / ¿Edad de la madre en el momento del embarazo?<br>_____ Years/Años                                                                                                                                        | Birth father's age at birth of child? / ¿Edad del padre en el momento del embarazo?<br>_____ Years/Años                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 2. Length of pregnancy? / ¿Duración del embarazo?<br>_____ Weeks/Semanas                                                                                                                                                                            | Birth weight? / ¿Peso al nacer?<br>_____ Pounds/Libres _____ Ounces/Onzas                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 3. The child was born as a.... / Este niño/a fue...<br><input type="checkbox"/> Single birth/Bebé único<br><input type="checkbox"/> Twin birth/Bebé gemelo                                                                                          | <input type="checkbox"/> Triplet birth/Bebé triplete<br><input type="checkbox"/> Multiple birth/Embarazo múltiple                                                                                                                                                                                                                                       |
| 4. The child was born by... / Este niño/a nació por...<br><input type="checkbox"/> Vaginal delivery/Parto natural/vaginal<br><input type="checkbox"/> Forceps assisted/Con fórceps<br><input type="checkbox"/> Vacuum assisted/Asistido por ventosa | <input type="checkbox"/> C-section/Parto por cesárea - Why? / ¿Por qué?...<br><input type="checkbox"/> Elective/Electivo<br><input type="checkbox"/> Failure to progress/No progresó<br><input type="checkbox"/> Other/Otro: _____                                                                                                                      |
| 5. The child was born at / El niño/a nació en el hospital _____                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 6. The child stayed in the / El niño/a permaneció en el... <input type="checkbox"/> Regular nursery (Guardería regular) <input type="checkbox"/> NICU (cuidados intensivos)                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 7. Problems in the nursery? / ¿Problemas de la guardería?                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Breathing problems/Problemas de respirar<br><input type="checkbox"/> Infections/sepsis/Infecciones/sepsis<br><input type="checkbox"/> Seizures/Ataques epilépticos<br><input type="checkbox"/> Jaundice/Ictericia<br><input type="checkbox"/> Heart problems/Problemas cardíacos<br><input type="checkbox"/> Other/Otro: _____ |
| 8. The child went home at... / El niño/a se fue a casa a.... _____ Days old/Días de vida                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 9. Explain any other important information about your child's birth / Explique cualquier otra información importante sobre el nacimiento de su hijo/a:                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

Next page.  
Sigüente página.

### Early Developmental History / Historia del Desarrollo Temprano

1. Describe any concerns about your child's development between birth and age 3. / *Describe cualquier inquietud sobre el desarrollo de su hijo entre el nacimiento y los 3 años.*
  
2. Describe if your child has ever lost skills he/she once had (e.g., learned words then stopped talking). / *Describe si su hijo/a ha perdido alguna destreza que antes tenía (por ejemplo, aprendió palabras, y luego dejó de hablar por completo).*
  
3. Did your child receive services from the program for children birth to 3 years old called Early Childhood Intervention? / *Recibió su hijo servicios del programa para niños desde el nacimiento hasta los 3 años llamado Intervención Temprana en la Infancia?*  
☐ No ☐ Yes/Sí
  
4. Is your child... / *¿Su hijo/a...*

|                                                                           | No                       | Yes/Sí                   | Age learned/Aprendió a los          |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Walking independently? / <i>Camina independientemente?</i>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ months/meses _____ years/años |
| Pointing to what he/she wants? / <i>Señala las cosas que quiere?</i>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ months/meses _____ years/años |
| Using gestures (for bye-bye, etc)? / <i>Utiliza gestos (adiós, etc.)?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ months/meses _____ years/años |
| Speaking in single words? / <i>Habla en palabras sueltas?</i>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ months/meses _____ years/años |
| Speaking in phrases? / <i>Habla en frases?</i>                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ months/meses _____ years/años |
| Trained to use the toilet? / <i>Está usando el baño sin ayuda?</i>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ months/meses _____ years/años |
  
- 5a. Do you think your child functions at his or her age level? / *¿Cree que su hijo/a funciona a su nivel de edad?*  
☐ Yes/Sí ☐ No
  
- 5b. If not, at what age level does he or she seem to function? / *Si no es así, ¿a qué nivel de edad parece funcionar?*  
 Like a child of / *Como un niño/a de* \_\_\_\_\_ years old/años.

### Child's Medical History / Historia Médica de Niño/a

1. Who is your child's primary doctor? / *¿Quién es el médico primario de su hijo/a?* \_\_\_\_\_
  
2. Does your child see a... / *¿Tiene su hijo/a un/a...*

|                          |                                                                                  |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Neurologist/Neurólogo/a? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí (Name/Nombre): _____ |
| Geneticist/Genetista?    | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí (Name/Nombre): _____ |
| Psychiatrist/Psiquiatra? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí (Name/Nombre): _____ |
| Counselor/Consejero/a?   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí (Name/Nombre): _____ |

|                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                |                             |                                                                                                                                                |                                                                     |                             |                                                                                                                                                |                                                       |                             |                                                                                                                                                |                                |                             |                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3.                                                                  | <p>What medicines, vitamins, and/or nutrition supplements does your child currently take each day? Attach a separate page if needed. / ¿Qué medicamentos, vitaminas o suplementos nutricionales toma presentemente su hijo/a? Adjunte una página separada si es necesario.</p> <p>Medicine (name)/Medicamento (nombre): _____ Reason/Razón: _____</p> <p>Medicine (name)/Medicamento (nombre): _____ Reason/Razón: _____</p> <p>Medicine (name)/Medicamento (nombre): _____ Reason/Razón: _____</p> <p>Medicine (name)/Medicamento (nombre): _____ Reason/Razón: _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                |                             |                                                                                                                                                |                                                                     |                             |                                                                                                                                                |                                                       |                             |                                                                                                                                                |                                |                             |                                                                                                                                                |
| 4.                                                                  | <p>Has your child ever been admitted to the hospital overnight or had surgery in the past? / ¿Su hijo/a ha sido internado en algún hospital o ha tenido cirugía en el pasado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí</p> <p>Age/Edad: _____ Reason/Razón: _____</p> <p>Age/Edad: _____ Reason/Razón: _____</p> <p>Age/Edad: _____ Reason/Razón: _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                |                             |                                                                                                                                                |                                                                     |                             |                                                                                                                                                |                                                       |                             |                                                                                                                                                |                                |                             |                                                                                                                                                |
| 5.                                                                  | <p>Has your child ever been admitted to a psychiatric hospital in the past? / ¿Su hijo/a ha sido internado en un hospital psiquiátrico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí</p> <p>Age/Edad: _____ Reason/Razón: _____</p> <p>Age/Edad: _____ Reason/Razón: _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                |                             |                                                                                                                                                |                                                                     |                             |                                                                                                                                                |                                                       |                             |                                                                                                                                                |                                |                             |                                                                                                                                                |
| 6.                                                                  | <p>Is your child up to date on immunizations? / ¿Su hijo/a está al día con todas sus vacunas? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                |                             |                                                                                                                                                |                                                                     |                             |                                                                                                                                                |                                                       |                             |                                                                                                                                                |                                |                             |                                                                                                                                                |
| 7a.                                                                 | <p>Has your child had a hearing test? / ¿Ha tenido su hijo/a un examen de audición? <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> No</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                |                             |                                                                                                                                                |                                                                     |                             |                                                                                                                                                |                                                       |                             |                                                                                                                                                |                                |                             |                                                                                                                                                |
| 7b.                                                                 | <p>If yes, at what age? / Si es así, ¿a qué edad? _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                |                             |                                                                                                                                                |                                                                     |                             |                                                                                                                                                |                                                       |                             |                                                                                                                                                |                                |                             |                                                                                                                                                |
| 7c.                                                                 | <p>What were the results? / ¿Cuáles fueron los resultados? <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal/anormal</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                |                             |                                                                                                                                                |                                                                     |                             |                                                                                                                                                |                                                       |                             |                                                                                                                                                |                                |                             |                                                                                                                                                |
| 8.                                                                  | <p>Does your child use any adaptive equipment? / ¿Su hijo/a usa algún tipo de equipo adaptado?</p> <p><input type="checkbox"/> Glasses/Lentes <input type="checkbox"/> Hearing aids/Audífonos <input type="checkbox"/> Walker/Andadera <input type="checkbox"/> Communication device/Aparato de comunicación</p> <p><input type="checkbox"/> Other/Otro: _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                |                             |                                                                                                                                                |                                                                     |                             |                                                                                                                                                |                                                       |                             |                                                                                                                                                |                                |                             |                                                                                                                                                |
| 9.                                                                  | <p>Please check if your child has had any of the following problems. / Verifique si su hijo/a ha tenido alguno de los siguientes problemas.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">Genetic disorder<br/>Trastorno genético</td> <td style="width: 10%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Yes/Sí<br/>If yes/Sí es así <input type="checkbox"/> Currently?/El presente? <input type="checkbox"/> Past?/El pasado?</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">Head injury or brain problems<br/>Trauma a la cabeza o daño cerebral</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Yes/Sí<br/>If yes/Sí es así <input type="checkbox"/> Currently?/El presente? <input type="checkbox"/> Past?/El pasado?</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">Seizures or staring spells<br/>Convulsiones o hechizos</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Yes/Sí<br/>If yes/Sí es así <input type="checkbox"/> Currently?/El presente? <input type="checkbox"/> Past?/El pasado?</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">Headaches<br/>Dolores de cabeza</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;"><input type="checkbox"/> Yes/Sí<br/>If yes/Sí es así <input type="checkbox"/> Currently?/El presente? <input type="checkbox"/> Past?/El pasado?</td> </tr> </table> | Genetic disorder<br>Trastorno genético                                                                                                         | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí<br>If yes/Sí es así <input type="checkbox"/> Currently?/El presente? <input type="checkbox"/> Past?/El pasado? | Head injury or brain problems<br>Trauma a la cabeza o daño cerebral | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí<br>If yes/Sí es así <input type="checkbox"/> Currently?/El presente? <input type="checkbox"/> Past?/El pasado? | Seizures or staring spells<br>Convulsiones o hechizos | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí<br>If yes/Sí es así <input type="checkbox"/> Currently?/El presente? <input type="checkbox"/> Past?/El pasado? | Headaches<br>Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí<br>If yes/Sí es así <input type="checkbox"/> Currently?/El presente? <input type="checkbox"/> Past?/El pasado? |
| Genetic disorder<br>Trastorno genético                              | <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Yes/Sí<br>If yes/Sí es así <input type="checkbox"/> Currently?/El presente? <input type="checkbox"/> Past?/El pasado? |                             |                                                                                                                                                |                                                                     |                             |                                                                                                                                                |                                                       |                             |                                                                                                                                                |                                |                             |                                                                                                                                                |
| Head injury or brain problems<br>Trauma a la cabeza o daño cerebral | <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Yes/Sí<br>If yes/Sí es así <input type="checkbox"/> Currently?/El presente? <input type="checkbox"/> Past?/El pasado? |                             |                                                                                                                                                |                                                                     |                             |                                                                                                                                                |                                                       |                             |                                                                                                                                                |                                |                             |                                                                                                                                                |
| Seizures or staring spells<br>Convulsiones o hechizos               | <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Yes/Sí<br>If yes/Sí es así <input type="checkbox"/> Currently?/El presente? <input type="checkbox"/> Past?/El pasado? |                             |                                                                                                                                                |                                                                     |                             |                                                                                                                                                |                                                       |                             |                                                                                                                                                |                                |                             |                                                                                                                                                |
| Headaches<br>Dolores de cabeza                                      | <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Yes/Sí<br>If yes/Sí es así <input type="checkbox"/> Currently?/El presente? <input type="checkbox"/> Past?/El pasado? |                             |                                                                                                                                                |                                                                     |                             |                                                                                                                                                |                                                       |                             |                                                                                                                                                |                                |                             |                                                                                                                                                |

|                                                                                         |                             |                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tics, tremors, or unusual movements<br><i>Movimientos inusuales, tics, tremors</i>      | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí<br>If yes/Si es así <input type="checkbox"/> Currently?/El presente? <input type="checkbox"/> Past?/El pasado? |
| Eye or vision problems<br><i>Problemas de la vista u ojos</i>                           | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí<br>If yes/Si es así <input type="checkbox"/> Currently?/El presente? <input type="checkbox"/> Past?/El pasado? |
| Hearing or ear problems<br><i>Problemas de la audición o oídos</i>                      | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí<br>If yes/Si es así <input type="checkbox"/> Currently?/El presente? <input type="checkbox"/> Past?/El pasado? |
| Dental or teeth problems<br><i>Problemas de los dientes</i>                             | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí<br>If yes/Si es así <input type="checkbox"/> Currently?/El presente? <input type="checkbox"/> Past?/El pasado? |
| Heart problems<br><i>Problemas de corazón</i>                                           | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí<br>If yes/Si es así <input type="checkbox"/> Currently?/El presente? <input type="checkbox"/> Past?/El pasado? |
| Heart rhythm problems<br><i>Problemas del ritmo cardíaco</i>                            | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí<br>If yes/Si es así <input type="checkbox"/> Currently?/El presente? <input type="checkbox"/> Past?/El pasado? |
| Lung problems or asthma<br><i>Problemas de los pulmones o asma</i>                      | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí<br>If yes/Si es así <input type="checkbox"/> Currently?/El presente? <input type="checkbox"/> Past?/El pasado? |
| GI problems<br><i>Problemas gastrointestinales</i>                                      | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí<br>If yes/Si es así <input type="checkbox"/> Currently?/El presente? <input type="checkbox"/> Past?/El pasado? |
| Feeding problems<br><i>Problemas de comer</i>                                           | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí<br>If yes/Si es así <input type="checkbox"/> Currently?/El presente? <input type="checkbox"/> Past?/El pasado? |
| Kidney, bladder, genital problems<br><i>Problemas de los riñones, vejiga, genitales</i> | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí<br>If yes/Si es así <input type="checkbox"/> Currently?/El presente? <input type="checkbox"/> Past?/El pasado? |
| Bone, joint, muscle problems<br><i>Problemas de huesos, articulaciones, músculos</i>    | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí<br>If yes/Si es así <input type="checkbox"/> Currently?/El presente? <input type="checkbox"/> Past?/El pasado? |
| Anemia or blood problems<br><i>Anemia o problemas de la sangre</i>                      | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí<br>If yes/Si es así <input type="checkbox"/> Currently?/El presente? <input type="checkbox"/> Past?/El pasado? |
| Rashes or skin problems<br><i>Erupciones o problemas de la piel</i>                     | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí<br>If yes/Si es así <input type="checkbox"/> Currently?/El presente? <input type="checkbox"/> Past?/El pasado? |
| Hormone or endocrine problems<br><i>Problemas de las hormonas o glándulas</i>           | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí<br>If yes/Si es así <input type="checkbox"/> Currently?/El presente? <input type="checkbox"/> Past?/El pasado? |
| Drooling or swallowing problems<br><i>Problemas para babear o tragar</i>                | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí<br>If yes/Si es así <input type="checkbox"/> Currently?/El presente? <input type="checkbox"/> Past?/El pasado? |

Next page.  
Sigüente página.

**Child Experiences & Social History/ Experiencias de La Niñez y Historia Social**

|                                                                                                                                                                                                                                                                              |                             |                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Has your child experienced any of the following?<br><i>¿Su niño/a ha pasado por cualquiera de las siguientes experiencias?</i>                                                                                                                                            |                             |                                                                                   |
| Serious illness, surgery, or hospitalization<br><i>Enfermedad grave, cirugía, hospitalización</i>                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> Unsure/No estoy seguro/a |
| Serious illness, surgery, or hospitalization of a close family member<br><i>Enfermedad grave, cirugía, hospitalización en un pariente cercano</i>                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> Unsure/No estoy seguro/a |
| Death of someone close<br><i>Muerte de un pariente cercano</i>                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> Unsure/No estoy seguro/a |
| House fire, flood, storm, or other disaster<br><i>Incendio en casa, inundación, tormenta/huracán, u otro desastre</i>                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> Unsure/No estoy seguro/a |
| Divorce of parents or caregivers<br><i>Padres divorciados</i>                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> Unsure/No estoy seguro/a |
| Alcohol or drug abuse by a family member<br><i>Abuso de alcohol o drogas por un miembro de la familia</i>                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> Unsure/No estoy seguro/a |
| Seeing parents hitting/hurting each other<br><i>Ver a los padres golpearse o hacerse daño uno al otro</i>                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> Unsure/No estoy seguro/a |
| Mental illness in a family member<br><i>Enfermedad mental en un miembro de la familia</i>                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> Unsure/No estoy seguro/a |
| Seeing violence in the community (robbery, shooting, etc.)<br><i>Ver violencia en la comunidad (robo, tiroteo, etc.)</i>                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> Unsure/No estoy seguro/a |
| Neglect (adult caregiver not giving the child the care he/she needs)<br><i>Negligencia (adulto no le da al niño/a el cuidado que él/ella necesita)</i>                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> Unsure/No estoy seguro/a |
| Physical abuse<br><i>Abuso físico</i>                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> Unsure/No estoy seguro/a |
| Sexual abuse<br><i>Abuso sexual</i>                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> Unsure/No estoy seguro/a |
| Placement in foster care<br><i>Colocación en hogar de guarda</i>                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> Unsure/No estoy seguro/a |
| Change in primary caregiver<br><i>Cambio en cuidador principal</i>                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> Unsure/No estoy seguro/a |
| 2. For children in the care of a relative, adoptive or foster parent, or someone who is <b>NOT</b> the biologic parent....<br><i>Para niños/as bajo el cuidado de algún familiar, padre adoptivo, hogar de guarda, o con alguien que <b>NO</b> sea el padre biológico...</i> |                             |                                                                                   |
| a. How long has the child been in your care?/¿Que tanto ha estado este niño/a con usted? _____                                                                                                                                                                               |                             |                                                                                   |
| b. Describe the circumstances that lead to you caring for this child: / Describa las circunstancias que llevaron a que este niño/a entrara a su cuidado:                                                                                                                     |                             |                                                                                   |

### Family History / Historia Familiar

Please indicate if someone in the child's biologic family has any of the following disorders.

Por favor cuéntenos si alguien en la familia biológica del niño/a ha sido diagnosticado con cualquiera de los siguientes problemas médicos.

|                                                                                                  |                             |                                 |                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ADHD<br><i>Trastorno de déficit de atención y hiperactividad</i>                                 | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí | <input type="checkbox"/> Mother/Madre <input type="checkbox"/> Father/Padre <input type="checkbox"/> Sister/Hermana<br><input type="checkbox"/> Brother/Hermano <input type="checkbox"/> Other/Otro _____ |
| Autism spectrum disorder<br><i>Trastorno del espectro autista</i>                                | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí | <input type="checkbox"/> Mother/Madre <input type="checkbox"/> Father/Padre <input type="checkbox"/> Sister/Hermana<br><input type="checkbox"/> Brother/Hermano <input type="checkbox"/> Other/Otro _____ |
| Intellectual disability (Mental retardation)<br><i>Discapacidad intelectual (Retraso mental)</i> | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí | <input type="checkbox"/> Mother/Madre <input type="checkbox"/> Father/Padre <input type="checkbox"/> Sister/Hermana<br><input type="checkbox"/> Brother/Hermano <input type="checkbox"/> Other/Otro _____ |
| Learning disability<br><i>Discapacidad de aprendizaje</i>                                        | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí | <input type="checkbox"/> Mother/Madre <input type="checkbox"/> Father/Padre <input type="checkbox"/> Sister/Hermana<br><input type="checkbox"/> Brother/Hermano <input type="checkbox"/> Other/Otro _____ |
| Speech or language delay<br><i>Retraso de habla o lenguaje</i>                                   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí | <input type="checkbox"/> Mother/Madre <input type="checkbox"/> Father/Padre <input type="checkbox"/> Sister/Hermana<br><input type="checkbox"/> Brother/Hermano <input type="checkbox"/> Other/Otro _____ |
| Blindness or visual impairment<br><i>Ceguera o déficit de las vista</i>                          | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí | <input type="checkbox"/> Mother/Madre <input type="checkbox"/> Father/Padre <input type="checkbox"/> Sister/Hermana<br><input type="checkbox"/> Brother/Hermano <input type="checkbox"/> Other/Otro _____ |
| Deafness or hearing impairment<br><i>Sordera o déficit auditivo</i>                              | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí | <input type="checkbox"/> Mother/Madre <input type="checkbox"/> Father/Padre <input type="checkbox"/> Sister/Hermana<br><input type="checkbox"/> Brother/Hermano <input type="checkbox"/> Other/Otro _____ |
| Cerebral palsy<br><i>Parálisis cerebral</i>                                                      | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí | <input type="checkbox"/> Mother/Madre <input type="checkbox"/> Father/Padre <input type="checkbox"/> Sister/Hermana<br><input type="checkbox"/> Brother/Hermano <input type="checkbox"/> Other/Otro _____ |
| Oppositional defiant disorder<br><i>Trastorno de oposición y desafiante</i>                      | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí | <input type="checkbox"/> Mother/Madre <input type="checkbox"/> Father/Padre <input type="checkbox"/> Sister/Hermana<br><input type="checkbox"/> Brother/Hermano <input type="checkbox"/> Other/Otro _____ |
| Conduct disorder<br><i>Trastorno de conducta</i>                                                 | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí | <input type="checkbox"/> Mother/Madre <input type="checkbox"/> Father/Padre <input type="checkbox"/> Sister/Hermana<br><input type="checkbox"/> Brother/Hermano <input type="checkbox"/> Other/Otro _____ |
| Depression<br><i>Depresión</i>                                                                   | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí | <input type="checkbox"/> Mother/Madre <input type="checkbox"/> Father/Padre <input type="checkbox"/> Sister/Hermana<br><input type="checkbox"/> Brother/Hermano <input type="checkbox"/> Other/Otro _____ |
| Bipolar disorder<br><i>Trastorno bipolar</i>                                                     | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí | <input type="checkbox"/> Mother/Madre <input type="checkbox"/> Father/Padre <input type="checkbox"/> Sister/Hermana<br><input type="checkbox"/> Brother/Hermano <input type="checkbox"/> Other/Otro _____ |
| Anxiety disorder<br><i>Trastorno de ansiedad</i>                                                 | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí | <input type="checkbox"/> Mother/Madre <input type="checkbox"/> Father/Padre <input type="checkbox"/> Sister/Hermana<br><input type="checkbox"/> Brother/Hermano <input type="checkbox"/> Other/Otro _____ |
| Schizophrenia<br><i>Esquizofrenia</i>                                                            | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí | <input type="checkbox"/> Mother/Madre <input type="checkbox"/> Father/Padre <input type="checkbox"/> Sister/Hermana<br><input type="checkbox"/> Brother/Hermano <input type="checkbox"/> Other/Otro _____ |
| Seizures or epilepsy<br><i>Convulsiones o epilepsia</i>                                          | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes/Sí | <input type="checkbox"/> Mother/Madre <input type="checkbox"/> Father/Padre <input type="checkbox"/> Sister/Hermana<br><input type="checkbox"/> Brother/Hermano <input type="checkbox"/> Other/Otro _____ |

|                                                                              |                                                             |                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Heart problems<br><i>Problemas del corazón</i>                               | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí | <input type="checkbox"/> Mother/Madre <input type="checkbox"/> Father/Padre <input type="checkbox"/> Sister/Hermana<br><input type="checkbox"/> Brother/Hermano <input type="checkbox"/> Other/Otro _____ |
| Sudden death<br><i>Muerte súbita</i>                                         | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí | <input type="checkbox"/> Mother/Madre <input type="checkbox"/> Father/Padre <input type="checkbox"/> Sister/Hermana<br><input type="checkbox"/> Brother/Hermano <input type="checkbox"/> Other/Otro _____ |
| Tics or Tourette Syndrome<br><i>Tics o síndrome de Tourette</i>              | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí | <input type="checkbox"/> Mother/Madre <input type="checkbox"/> Father/Padre <input type="checkbox"/> Sister/Hermana<br><input type="checkbox"/> Brother/Hermano <input type="checkbox"/> Other/Otro _____ |
| Genetic disorder<br><i>Trastorno genético</i>                                | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí | <input type="checkbox"/> Mother/Madre <input type="checkbox"/> Father/Padre <input type="checkbox"/> Sister/Hermana<br><input type="checkbox"/> Brother/Hermano <input type="checkbox"/> Other/Otro _____ |
| Intermarriage between relatives<br><i>Matrimonios mixtos entre parientes</i> | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí | <input type="checkbox"/> Mother's side/El lado materno de la familia<br><input type="checkbox"/> Father's side/El lado paterno de la familia                                                              |

### School History / Historia Escolar

|                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Name of school /Nombre de la escuela: _____<br>Name of school district/Nombre de distrito escolar: _____<br>Current grade level/Nivel de grado actuales: _____ Repeated grades/Niveles de grado repetidos: _____ |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 2. Does your child have a Section 504 Accommodation Plan? / ¿Tiene su hijo/a un plan de adaptaciones de la Sección 504?<br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 3a. Does your child qualify for Special Education? / ¿Su hijo/a califica para educación especial?<br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Sí                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 3b. If yes, under what category? / En caso afirmativo, ¿bajo qué categoría?                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Orthopedic Impairment (OI) / Discapacidad Ortopédica<br><input type="checkbox"/> Other Health Impairment (OHI) / Otra Deficiencia de la Salud<br><input type="checkbox"/> Speech Impairment (SI) / Trastorno del Habla<br><input type="checkbox"/> Learning Disability (LD) / Discapacidad de aprendizaje<br><input type="checkbox"/> Emotional Disturbance (ED) / Trastorno emocional<br><input type="checkbox"/> Hearing Impairment (HI) / Discapacidad Auditiva<br><input type="checkbox"/> Vision Impairment (VI) / Discapacidad Visual<br><input type="checkbox"/> Autism (AU) / Autismo<br><input type="checkbox"/> Intellectual Disability (ID) / Discapacidad Intelectual<br><input type="checkbox"/> Deaf-Blind (DB) / Sordo-Ceguera<br><input type="checkbox"/> Multiple Disabilities (MD) / Discapacidades Múltiples<br><input type="checkbox"/> I don't know / No sé |

|                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3c. What services does your child receive <u>in</u> school? / ¿Qué servicios recibe su hijo/a <u>en</u> la escuela?                                                              | <input type="checkbox"/> Speech therapy / <i>Terapia del habla</i><br><input type="checkbox"/> Occupational therapy / <i>Terapia ocupacional</i><br><input type="checkbox"/> Physical therapy / <i>Terapia física</i><br><input type="checkbox"/> Counseling / <i>Consejero</i><br><input type="checkbox"/> Social skills training / <i>Entrenamiento social</i><br><input type="checkbox"/> Instruction in a special education classroom / <i>Clases en un salón especial</i><br><input type="checkbox"/> Instruction in a general education classroom / <i>Clases en el salón general</i> |
| 4. Describe briefly what problems your child currently is having in school. / <i>Describa brevemente qué problemas tiene actualmente su hijo/a en la escuela.</i>                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 5. If your child receives services <u>outside</u> of the school, please indicate which ones:<br><i>Si su hijo/a recibe servicios <u>fuera</u> de la escuela, indique cuáles:</i> | <input type="checkbox"/> Speech therapy / <i>Terapia del habla</i><br><input type="checkbox"/> Occupational therapy / <i>Terapia ocupacional</i><br><input type="checkbox"/> Physical therapy / <i>Terapia física</i><br><input type="checkbox"/> Applied Behavioral Analysis (ABA) Therapy / <i>Terapia de análisis aplicado de la conducta</i><br><input type="checkbox"/> Hippotherapy / <i>Hipoterapia</i><br><input type="checkbox"/> Music therapy / <i>Terapia musical</i><br><input type="checkbox"/> Other / <i>Otra:</i> _____                                                    |

### Completion of form

You're done! Thank you for taking your time to complete this questionnaire! Please remember this questionnaire is needed before we can schedule your child's appointment, and also remember to include copies of **developmental & educational records** and **medical records** that pertain to your child's disabilities.

*¡Está listo! ¡Gracias por tomarse su tiempo para completar este cuestionario! Recuerde que este cuestionario es necesario antes de que hacer la cita de su hijo/a, y también recuerde incluir copias de **los registros educativos y de desarrollo y registros médicos** relacionados con las discapacidades de su hijo/a.*

\_\_\_\_\_  
Your signature / *Su firma*

\_\_\_\_\_  
Your name (printed) / *Su nombre (impreso)*

\_\_\_\_\_  
Relationship to child / *Relación de niño/a*