

Aquí empieza una vida de aprendizaje

Distrito Escolar 9 R de Durango

Cuestionario Confidencial Familiar y de Salud.

Habrá una reunión de padres y del personal escolar el día \_\_\_\_\_  
Para discutir las necesidades educativas de su hijo/a. Para poder entender y planear mejor para su hijo/a, nosotros necesitamos tanta información como le sea a usted cómodo facilitarnos. El propósito de este cuestionario es mirar en la historia de salud de su hijo/a cualquier dato que pueda impactar el aprendizaje de su hijo/a. Sería muy útil si ambos padres pueden participar en completarlo. La enfermera de la escuela o la promotora de salud familiar pueden llamarles si tienen alguna pregunta al revisar esta forma. Le agradecemos por adelantado el tiempo que se sirva emplear en llenar esta forma.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Grado escolar \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de la casa de la madre \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de la casa del padre \_\_\_\_\_  
Número de teléfono del trabajo de la madre \_\_\_\_\_  
Número de teléfono del trabajo del padre \_\_\_\_\_

Nombres y relación de las personas que viven en la misma casa con el estudiante:

_____	madre	madrstra	adoptiva	tutora	
_____	padre	padrastra	adoptivo	tutor	
Hermanos y hermanas	completos	medios	hermanastros	adoptivos	tutores

Nombre	sexo	edad	�viviendo en casa? Si / No
--------	------	------	----------------------------

_____			
_____			
_____			
_____			

Enliste a cualquier otra persona viviendo en la casa:

Doctor familiar: \_\_\_\_\_ Fecha del último examen: \_\_\_\_\_

HISTORIA DE EMBARAZO Y NACIMIENTO

 Naci  el bebé al término de los nueve meses? \_\_\_\_\_  
 Tuvo la madre cuidados prenatales? \_\_\_\_\_  Qu  número de hijo/a es ? \_\_\_\_\_

Edad de la madre al nacer el bebé \_\_\_\_\_ Edad del padre al nacer el bebé \_\_\_\_\_  
¿Hubo algún problema durante el embarazo como sangrado, calambres, presión alta, náuseas severas, vómitos, o heridas? Si su respuesta es afirmativa, por favor explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tomó la madre medicinas durante el embarazo? \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_  
Durante el embarazo la madre ¿fumó, consumió alcohol o drogas? \_\_\_\_\_ Si su respuesta es afirmativa, ¿qué tanto consumió? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Se le tomaron rayos X a la madre durante el embarazo? \_\_\_\_\_ Si su respuesta es afirmativa, por favor explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuántos Kilos aumentó la madre con el embarazo? \_\_\_\_\_  
¿Nació el bebé en el hospital? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto duró el trabajo de parto? \_\_\_\_\_  
¿Fue parto inducido? \_\_\_\_\_  
¿Hubo alguna dificultad durante el parto? \_\_\_\_\_ Si su respuesta es afirmativa, por favor explique: \_\_\_\_\_  
¿Salió la cabeza primero? \_\_\_\_\_ ¿Fue un parto por cesárea? \_\_\_\_\_  
¿Cuánto tiempo permaneció la madre en el hospital después del parto? \_\_\_\_\_ ¿Y el bebé? \_\_\_\_\_  
¿Necesitó oxígeno el bebé a la hora del parto? \_\_\_\_\_ Si su respuesta es afirmativa, ¿Cuánto? \_\_\_\_\_ y ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
¿Presentó el bebé problemas de ictericia después de nacido? \_\_\_\_\_  
¿Peso al nacer? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto midió? \_\_\_\_\_  
¿Tuvo la madre problemas con otros embarazos? \_\_\_\_\_

## INFANCIA E HISTORIA DE DESARROLLO

A qué edad su bebé...

¿Empezó a sentarse sin ayuda? \_\_\_\_\_

¿Comenzó a gatear? \_\_\_\_\_

¿Empezó a caminar sin ayuda? \_\_\_\_\_

¿Empezó a hablar? \_\_\_\_\_

¿Dejó de usar pañales? \_\_\_\_\_

¿Hubo alguna otra preocupación acerca del crecimiento o la alimentación de su hijo/a? \_\_\_\_\_

Si su respuesta es afirmativa, por favor explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cómo describiría usted el desarrollo de su hijo/a?...Circule todas las características aplicables:

cariñoso      no le gustaba que lo cargaran      activo      inactivo      llorón

buen bebé      difícil de calmar      Otro/ explique \_\_\_\_\_

Durante su desarrollo, su bebé... Circule todas las características aplicables:

Se chupó el dedo      se mordió las uñas      se mecía      se golpeaba la cabeza      hacía  
berrinches graves      alguna otra conducta/ explique \_\_\_\_\_

### HISTORIA DE SALUD

¿Tiene su hijo/a algún problema crónico? \_\_\_\_\_ Circule todas las enfermedades aplicables:

asma    alergias      epilepsia      diabetes      infecciones de oído      otra \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/a alguna discapacidad física o de desarrollo? \_\_\_\_\_ Por favor explique

¿Ha tenido su hijo/a fiebres muy altas? \_\_\_\_\_ explique \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo pérdida de conciencia por algún desmayo o heridas? \_\_\_\_\_ Explique ¿qué pasó? \_\_\_\_\_

¿Ha sido su hijo/a hospitalizado? \_\_\_\_\_ Explique \_\_\_\_\_

### ESTADO ACTUAL DE SALUD Y CONDUCTA

¿Está su hijo/a frecuentemente enfermo? \_\_\_\_\_ Explique \_\_\_\_\_

¿Está su hijo bajo cuidado medico regularmente? \_\_\_\_\_ Explique \_\_\_\_\_

¿Está su hijo/a actualmente tomando algún medicamento o suplementos herbales? \_\_\_\_\_  
enliste los medicamentos \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo/a buen apetito? \_\_\_\_\_ ¿Es melindroso para comer? \_\_\_\_\_

¿Come su hijo/a alimentos variados cada día? \_\_\_\_\_ ¿Tiene su hijo/a dificultad al masticar  
o al tragar? \_\_\_\_\_ ¿Tiene su hijo/a hábitos alimenticios desacostumbrados? \_\_\_\_\_

¿Cuántas horas su hijo/a duerme cada noche? \_\_\_\_\_ ¿Tiene pesadillas? \_\_\_\_\_

¿Moja la cama? \_\_\_\_\_ ¿ensucia la cama? \_\_\_\_\_ alguna otra perturbación del  
sueño? \_\_\_\_\_

¿Cómo es la coordinación de su hijo/a? Buena      normal      pobre

¿Alguna vez ha sido totalmente imposible obtener la atención de su hijo? \_\_\_\_\_

¿Hay algo especial a lo que su hijo le tenga miedo? \_\_\_\_\_

¿Usted cree que su hijo se distrae fácilmente y suena despierto? \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a ha experimentado con tabaco, alcohol u otras drogas? \_\_\_\_\_

Por favor enliste cualquier problema de salud actual en su familia (alguna enfermedad aguda o  
prolongada, problemas físicos o mentales): \_\_\_\_\_

¿Tiene si hijo/a seguro médico? \_\_\_\_\_

Persona(s) que llenó este cuestionario \_\_\_\_\_

Relación con el niño/a \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_

Gracias por completar este formulario. Por favor regréselo a la oficina de salud de la escuela de su hijo/a.