|  |
| --- |
| **PLAN DEL ÁREA LOCAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL DE DESERT/MOUNTAIN****PLAN DEL ÁREA LOCAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL AUTÓNOMA DE DESERT/MOUNTAIN**17800 HIGHWAY 18 • APPLE VALLEY, CA 92307(760) 552-6700 • (760) 242-5363 FAX**Historial Social, Cultural y de Salud**(Para completar por el padre/tutor. Contactar a la enfermería del distrito para tener ayuda.) |
| **INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE** |
| Nombre del estudiante: |       | Fecha de Nacimiento: |       | Género: | [ ]  Masc [ ]  Femenino |
| Plantel Escolar: |       | Profesor/a: |       | Grado/Ciclo: |       |
| Distrito de Asistencia: |       | Distrito de Residencia: |       |
| Mamá: |       | Edad: |       | ¿En casa? | [ ]  Sí [ ]  No | Ocupación: |       |
| Papá: |       | Edad: |       | ¿En casa? | [ ]  Sí [ ]  No | Ocupación: |       |
| Teléfono casa: |       | Teléfono trabajo: |       |  Otro teléfono: |       |
| Tutor legal: |       | Relación con el niño/a: |  | Teléfono de contacto: |  |
| Dirección: |       | Ciudad: |       | Estado: |       | Código Postal: |       |
| Dirección de correo: |       | Ciudad: |       | Estado: |       | Código Postal: |       |
| **ListA DE HERMANOS** |
| **Nombre** | **Género** | **Edad** |  | **Inquietudes relacionadas con la Escuela** |
|       | [ ]  Masc  | [ ]  Femenino |       |  |       |
|       | [ ]  Masc | [ ]  Femenino |       |  |       |
|       | [ ]  Masc | [ ]  Femenino |       |  |       |
|       | [ ]  Masc | [ ]  Femenino |       |  |       |
|       | [ ]  Masc | [ ]  Femenino |       |  |       |
|  |  |  |  |  |  |
| **Lista de otras personas en casa** |
| **Nombre** | **Género** | **Edad** |  | **Relación con el niño** |
|       | [ ]  Masc | [ ]  Femenino |       |  |       |
|       | [ ]  Masc | [ ]  Femenino |       |  |       |
|       | [ ]  Masc | [ ]  Femenino |       |  |       |
|       | [ ]  Masc | [ ]  Femenino |       |  |       |
|       | [ ]  Masc | [ ]  Femenino |       |  |       |
|  |  |  |  |  |  |
| **SECCIÓN 1: HISTORIAL Prenatal, DE NACIMIENTO, Y neonatal** |
| Edad de la madre este embarazo: |       | Número de meses del embarazo: |       |
|  |  |  |  |
| **Desarrollo del embarazo***(Marque todas las áreas que apliquen)* | **Nacimiento/Parto***(Marque todas las área que apliquen)* | **Condición del recién nacido en el nacimiento***(Marque todas las área que apliquen)* |
| [ ]  Pérdida o aumento inusual de Peso | [ ]  Medicamento/Medicación | [ ]  Parto Vaginal | [ ]  Cuidado en la UCI después del parto | [ ]  Cólico |
| [ ]  Nausea/Vómito | [ ]  Toxemia | [ ]  Parto de nalgas |  No. de días: |       | [ ]  Problema de alimentación |
| [ ]  Sangrado | [ ]  Hipertensión | [ ]  Parto por cesárea | [ ]  Dado de alta con la madre | [ ]  Problema de succión |
| [ ]  Infecciones | [ ]  Edema *(hinchazón)* | [ ]  Anestesia/ Medicación | [ ]  Cordón alrededor del cuello | [ ]  Problema de respiración |
| [ ]  Accidentes | [ ]  Diabetes |  Durante la labor del parto | [ ]  Síndrome del bebé azul | [ ]  Constipación |
| [ ]  Uso de Tabaco | [ ]  Aflicción emocional |  | [ ]  Ictericia |  |
| [ ]  Uso de Alcohol | [ ]  Otro: |       |  |  |
|  |
| Comentarios:       |
|  |
| **sección 2: desarrollo preescolar *(etapas en el desarrollo)*** |
| A qué edad su hijo/a empezó a: | *Gatear:* |       | *Caminar solo/a:* |       | *Hablar sus primeras palabras:* |       |
| A qué edad el niño/a tuvo control de vejiga: |       | A qué edad el niño/a tuvo control para hacer deposiciones: |       |
|  |
|  |
| **sección 3: historial de salud del niño/a *(marque todas las áreas que apliquen)*** |
|  |
|  |  |  |  |
| [ ]  Fiebre alta que requiera hospitalización | [ ]  Problemas oculares | [ ]  Accidentes | [ ]  Problemas de eliminación, Constipación |
| [ ]  Vacuna | [ ]  Asma | [ ]  Diabetes |  Diarrea |
| [ ]  Cirugías de cabeza/ Conmoción cerebral | [ ]  Neumonía | [ ]  Diabetes insulinodependientes | [ ]  Infección de la vejiga |
| [ ]  Ataques /Epilepsia | [ ]  Alergias | [ ]  Hipo glicemia | [ ]  Hospitalizaciones |
| [ ]  Parálisis Cerebral | [ ]  Problemas del corazón | [ ]  Obesidad | [ ]  Cirugías |
| [ ]  ADD | [ ]  Trastorno hemorrágico | [ ]  Anorexia | [ ]  Cáncer |
| [ ]  ADHD *(Déficit de atención por hiperactividad)* | [ ]  Hipertensión *(Presión alta)* | [ ]  Bulimia | [ ]  Orinarse en los pantalones o la cama |
| [ ]  Infecciones de oído | [ ]  Limitaciones físicas | [ ]  Sonda naso gástrica | [ ]  Enfermedad de riñón |
| [ ]  Problemas de audición | [ ]  Distrofia muscular | [ ]  Dolor de estómago Crónico | [ ]  Otro |
|  |  |  |  |
| Fecha del último examen médico: |       | Nombre del médico actual: |       |
| Medicamento(s) actual: |       |
|  |
| **secCIÓN 4: HISTORIAL DE SALUD familIAR *(mARQUE TODAS LAS ÁREAS QUE APLIQUEN)*** |
| **Familia de la mamá:** | [ ]  Enfermedad Mental | [ ]  Epilepsia | [ ]  Diabetes | [ ]  Estado de Salud | [ ]  Cáncer | [ ]  Otro: |       |
| **Familia del padre:** | [ ]  Enfermedad Mental | [ ]  Epilepsia | [ ]  Diabetes | [ ]  Estado de Salud | [ ]  Cáncer | [ ]  Otro: |       |
|  |
| Comments:       |
|  |
| **secCiÓn 5: COBERTURA DEL SEGURO MÉDICO** |
| Medi-Cal: |       | Seguro Médico: |       |
|  |
| **sección 6: relaciones actuales/INTERESes** |
|  |
| Describa la relación entre el niño/a y la madre:       |
|  |
| Describa la relación entre el niño/a y el padre:       |
|  |
| Describa la relación entre el niño/a y sus hermanos:       |
|  |
| Describa la relación entre el niño/a y otras personas importantes para él/ella:       |
|  |
| Describa la relación entre el niño/a y sus compañeros:       |
|  |
| Indique la edad del grupo que prefiere el niño/a:       |
|  |
| Describa la interacción del niño/a de familia con la comunidad:       |
|  |
| ¿Cuántas horas de televisión el niño/a ve a diario?       |
|  |
| ¿Cuál es la actividad favorita o de interés del niño/a?       |
|  |
| ¿Cuál es el método más efectivo de disciplina?       |
|  |
| ¿Qué le gusta más de su hijo/a?       |
|  |
| **SECCIÓN 7: FACTORES DEL HOGAR Y EL ENTORNO** |
| ¿Qué idioma se habla en casa? |       |
|  |
| Incluya la movilidad familiar/número de lugares donde hayan vivido/cuánto tiempo cada uno:       |
|  |
| Incluya la historia ocupacional de los padres:       |
|  |
| Incluya el número de escuelas a las que el niño/a ha asistido:       |
|  |
| Incluya los grados repetidos y la razón: *(si hay alguna)*       |
|  |
| Describa los materiales educativos/de desarrollo en la casa:       |
|  |
| Incluya los problemas educativos de los padres: *(si hay alguno)*       |
| Grado escolar más alto del padre: |       | Grado escolar más alto del padre: |       |
|  |
| Comentarios/recomendaciones:       |
| Información suministrada por: *(nombre)* |       |
| Firma: |  | Fecha: |       |
| **VISITA AL HOGAR:**  | **[ ]  Sí**  | **[ ]  No** |