

CHINO VALLEY UNIFIED SCHOOL DISTRICT
HEALTH AND DEVELOPMENTAL HISTORY FOR INITIAL ASSESSMENT

Date _____ School _____ Grade _____ Teacher _____
Name _____ Date of Birth _____ SSN _____
Address _____ Home Phone _____
Family lives in ___ house ___ apartment ___ condo ___ mobile home ___ homeless (where? _____)
Mother/Step/Guardian _____ Father/Step/Guardian _____ Marital Status _____
Mother/Step/Guardian Work Phone _____ Father/Step/Guardian Work Phone _____
Contact Person & Phone OR Parent Cell Phone(s) _____
Ages of Siblings Sister(s) _____ Brother(s) _____ Student's Birth Order _____
Primary Home Language _____ Secondary Home Language _____

Family Health History (explain who has or has had the following)

___ allergies	___ seizures	___ cancer	___ high blood pressure
___ asthma	___ rheumatoid arthritis	___ autism	___ alcohol/drug abuse
___ diabetes	___ nervous/mental problems	___ ambidextrous	___ learning disabilities
___ lupus	___ congenital/birth defects	___ early death	___ mental retardation
___ heart disease	___ smoking inside the home	___ other _____	

Details _____

Family History of Difficulty in School _____

Medical History Of Student (use reverse side if needed) Insurance _____ Physician _____

Health problems _____

Medications _____

SPHCS _____ Other needs _____

Immunizations are current? ___ yes ___ no Needs _____

Vision ___ no known problem ___ wears glasses ___ eye surgery (details _____)

Hearing ___ no known problem ___ hearing aids ___ tubes/other surgery (details _____)

Developmental History When child was born, mother was ___ years old and father was ___ years old.

Pregnancy length _____ mos. Care began _____ mo. Bleeding? ___ no ___ yes Injury? ___ no ___ yes \uparrow B/P? ___ no ___ yes

When pregnant, how much did the mother _____ vomit _____ smoke _____ drink alcohol _____ take medications or drugs? Details _____

Labor & delivery was ___ normal ___ difficult ___ C-section planned ___ C-section emergency _____ hours long

Baby was born at ___ home ___ hospital (name _____) Birth weight _____

Newborn ___ did ___ did not cry right away

___ had jaundice and was treated with ___ sunlight ___ lights ___ transfusion

___ was blue and/or needed ___ resuscitation ___ oxygen ___ incubator (how long? _____)

Baby was ___ strong ___ floppy ___ mellow ___ fussy other _____

___ very hard to calm or sooth ___ difficult to feed ___ had problem gaining weight

At what age did he/she _____ walk alone _____ say first words _____ say phrases _____ become toilet trained?

___ Parent cannot remember but baby's doctor was not concerned

Is this child able to (Y or N) ___ dress self ___ do buttons ___ ride tricycle ___ ride bicycle (two wheels) ___ skip?

Has he/she developed ___ faster than ___ slower than ___ same as your other children?

He/she is ___ right-handed ___ left-handed ___ able to use both ___ undecided as to favored hand

Safety Issues Does he/she sit in car seat/booster seat? ___ yes ___ no Wear a helmet when riding a bike? ___ yes ___ no

School History

Has he/she attended preschool? no yes When? _____ Where? _____
What is the highest grade achieved by mother _____ by father _____?
How many brothers/sisters are/were excellent students average students in need of Special Education help?
Types of Special Education help _____

Social and Behavioral History

Do these characteristics usually apply to your child? (Y or N)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> gets along well w/ others | <input type="checkbox"/> is always moving | <input type="checkbox"/> misunderstands others |
| <input type="checkbox"/> shares willingly | <input type="checkbox"/> acts without thinking | <input type="checkbox"/> doesn't seem to listen |
| <input type="checkbox"/> takes turns | <input type="checkbox"/> is quick to anger | <input type="checkbox"/> doesn't remember instructions |
| <input type="checkbox"/> prefers quiet activities | <input type="checkbox"/> cries easily | <input type="checkbox"/> clumsy |
| <input type="checkbox"/> is able to sit still and listen to a story for 10 minutes | | <input type="checkbox"/> strangers can easily understand his/her speech |
| <input type="checkbox"/> listens without interrupting while someone else is talking | | <input type="checkbox"/> other characteristics _____ |

Do you feel your child is socially mature immature at age level?
Are there other children his/her age nearby to play with? yes no
How many hours of TV does your child watch daily, on average? _____ hours Which programs? _____
What chores/responsibilities does your child have? _____
What is his/her favorite activity inside? _____
What is his/her favorite activity outside? _____

Does he/she have temper tantrums? no yes Description of tantrum _____
What is your child's _____ bedtime? _____ naptime? Sleeps _____ hours Sleeps all night? yes no
Does your child have his/her own room? yes no His/her own bed? yes no Gets up at _____ AM?

Do you have any special concerns about your child's behavior in any of the following areas?
 listening speech/language development bed wetting night terrors
 eating stuttering/stammering bowel problems shyness
 sleeping nail biting destructiveness hyperactivity
 discipline thumb sucking fears head banging
 tantrums frequent head/stomach aches other (list _____)
Details _____

Has one or more of the following affected your child (Y or N) divorce death illness frequent moves?
How did it affect your child? _____ How long at current address? _____

What does he/she do well? _____
Does he/she follow directions well? yes no Why not? _____
Which way of doing homework seems to be best for your child? _____
What do you enjoy most about your child? _____
Other information that will help us to better understand your child _____

Preschool Children only:
How do you think your child would adapt to a school program? _____
How do you think you will adapt to your child going to a school program? _____

Parent/Guardian _____ Interpreter _____
Interviewer _____ Interview was completed at home at school

Summary: (for nurse to fillout)

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DEL VALLE DE CHINO
HISTORIA DE DESARROLLO Y SALUD

Fecha _____ Escuela _____ Grado _____ Maestro _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ N de SS _____

Dirección _____ Teléfono del domicilio _____

La familia vive en casa apartamento condominio casa móvil sin lugar fijo (¿dónde? _____)

Madre/Madrastra/Guardián _____ Padre/Padrastro/Guardián _____ Estado Civil _____

Teléf. del trabajo de la madre/madrastra/Guardián _____ Teléf. del trabajo del padre/padrastro/guardián _____

Nombre de la persona a quien contactar y teléf. o celular de uno de los padres _____

Edad de los hermanos Hermanas _____ Hermanos _____ Orden de nacimiento del estudiante _____

Idioma que se habla en casa _____ Segunda idioma que se habla en casa _____

Historia de salud de la familia (explique quien tiene o ha tenido lo siguiente)

alergias ataques cáncer presión alta
 asma artritis reumatoidea autismo alcohol/uso de drogas
 diabetes nervios/problemas mentales ambidextro incapacidad para el aprendizaje
 lupus defectos congénitos muerte temprana retardación mental
 enfermedad del corazón fumar dentro de la casa otros _____

Detalles _____

Historia familiar de dificultades en la escuela

Historia médica del Estudiante (use la parte de atrás si la necesita) Seguro _____ Médico _____

Problemas de salud _____

Medicinas _____

PHCS _____ Otras necesidades _____

¿Está al día con sus vacunas? sí no Necesita _____

Visión sin problemas conocidas usa anteojos operación en los ojos (detalle _____)

Oído sin problemas conocidas audífonos tubos/otras operaciones (detalle _____)

Historia del crecimiento

Duración del embarazo _____ meses. Inicio del cuidado _____ meses. ¿Sangrante? no sí ¿Lesiones? no sí ¿N/P? no sí

Durante el embarazo, ¿cuánto la madre _____ vomitó _____ fumó _____ bebió alcohol _____ tomó medicinas o drogas? Detalle _____

El parto fue normal difícil _____ horas que duró _____ Cesárea planeada _____ Cesárea de emergencia

El bebé nació en _____ casa _____ hospital (nombre _____) peso al nacer _____

El recién nacido lloró no lloró inmediatamente

tuvo ictericia y fue tratado con luz solar luz artificial transfusión

nació azulado y/o necesitó resucitación oxígeno incubadora (¿por cuánto tiempo? _____)

El bebé fue fuerte flácido tierno exigente Otros _____

muy difícil de calmar o callar _____ difícil para comer _____ tuvo problema para ganar peso

¿A que edad él/ella _____ caminó solo _____ dijo sus primeras palabras _____ frases _____ se ocupó solo en el baño?

Los padres no pueden recordar y el doctor del bebé no se preocupó

Este niño/a es capaz de (sí o no) vestirse solo abotonarse manejar su triciclo manejar su bicicleta brincar

¿El/ella ha desarrollado _____ antes que _____ más lento que _____ igual que los otros hijos?

Él/ella es diestro zurdo usa las dos manos indeciso de cual es su mano favorita

Asuntos de seguridad - ¿Usó silla para carro/asiento portátil? sí no. ¿Usó casco de protección para montar bicicleta? sí no

Historia Escolar:

¿El/ella ha asistido a precolar? no sí ¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____
¿Cuál es el último grado que estudió la madre _____ el padre _____?
¿Cuántos hermanos/hermanas son estudiantes excelentes estudiantes promedios necesitan educación especial?
Tipo de Educación Especial que están recibiendo _____

Historia Social y de Comportamiento

¿Cuál de estas características generalmente aplica a su hijo?

se lleva bien con otros es muy inquieto malinterpreta a otros
 dispuesto a compartir actúa sin pensar parece no escuchar
 toma turnos se molesta muy rápido no recuerda las instrucciones
 prefiere actividades calmadas llora fácilmente es torpe
 es capaz de permanecer sentado y escuchar una historia por 10 min. cualquiera puede entender lo que quiere decir
 escucha sin interrumpir mientras otros hablan otras características _____

¿Usted cree que su hijo es socialmente maduro inmaduro?

¿Hay otros niños de su edad cerca de él para que juegue? sí no

¿Cuántas horas de televisión ve su hijo diariamente, en promedio? _____ horas ¿Qué programas? _____

¿Qué tareas/responsabilidades tiene su hijo? _____

¿Cuál es su actividad favorita, dentro de casa? _____

¿Cuál es su actividad favorita, fuera de casa? _____

¿Tiene él/ella rabietas? no sí Describa sus rabietas _____

¿A qué hora duerme? _____ hace siesta _____ horas de sueño ¿Duerme toda la noche? sí no

¿Su hijo tiene dormitorio propio? sí no ¿Su propia cama? sí no

¿Tiene usted alguna preocupación especial con el comportamiento de su hijo en las siguientes áreas?

escuchar desarrollo del habla orinarse en la cama miedo en la noche
 comer tartamudeo funcionamiento de los intestinos timidez
 dormir morderse las uñas ser destructivo hiperactividad
 disciplina chuparse el dedo pulgar miedos golpearse la cabeza
 rabietas frecuentes dolores de cabeza/estómago otros (nómbrelos _____)

Detalles

¿Uno o más de los siguientes han afectado a su hijo? (Sí o No) divorcio muerte enfermedad frecuentes mudanzas

¿Cómo le afectó a su hijo? _____

¿Qué él/ella hace bien? _____

¿Sigue bien las direcciones? sí no ¿Por qué no? _____

¿Que forma de hacer su tarea parece ser mejor para su hijo? _____

¿Qué es lo que a usted le gusta más de su hijo? _____

Otra información que nos ayudaría a entender mejor a su hijo _____

Para los niños de precolar:

¿Cómo cree usted que su niño se adaptará al programa escolar? _____

¿Cómo cree usted que usted se adaptará a que su hijo vaya a la escuela? _____

Fuente Informativa _____ Intérprete _____

Entrevistador _____ Fecha _____

La entrevista fue completada en casa en la escuela