



FICHA PSICOPEDAGÓGICA
Maternal
Psychopedagogical Card
Pre-K

Grado/Grade _____

Fecha/Date ____ / ____ / ____

| | | | | | | |
|-------------------------------------------|----------------------------------------|----|------|--|--|--|
| Nombre del alumno / <i>Student's Name</i> | Fecha de Nacimiento / <i>Birthdate</i> | | | | | |
| | | | | | | |
| | dd | mm | aaaa | | | |

HISTORIA MÉDICA / MEDICAL HISTORY

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------|---------------------------|--|
| Peso actual / <i>Current Weight</i> | Estatura actual / <i>Current Height</i> | Grupo sanguíneo / <i>Bloodtype</i> | | |
| | | | | |
| El estado de salud de su hijo(a) es: <i>Your son's/daughter's health is:</i> | () Bueno / <i>Good</i> | () Regular / <i>Fair</i> | () Malo / <i>Poor</i> | |
| ¿Padece actualmente alguna enfermedad? (<i>especifique</i>) / <i>Suffers from a disease (Please specify)?</i> | | | | |
| | | | | |
| ¿Toma actualmente algún medicamento? (<i>especifique</i>) / <i>Is under medication (Please specify)?</i> | | | | |
| | | | | |

| | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------|
| ¿Su hijo(a) ha presentado algunos de los siguientes padecimientos? <i>Has your son/daughter ever suffered from any of the ailments / disorders listed here below?</i> | | | |
| | SI / YES | NO | Especifique / Please Specify |
| • Problemas Visuales/ <i>Visual problems</i> | | | |
| • Problemas Auditivos/ <i>Hearing problems</i> | | | |
| • Problemas Motrices/ <i>Problems with motor skills</i> | | | |
| • Pie Plano / <i>Flatfooted</i> | | | |
| • Cefaleas / <i>Headaches</i> | | | |
| • Asma / <i>Asthma</i> | | | |
| • Alergias / <i>Allergies</i> | | | |
| • Convulsiones / <i>Seizures</i> | | | |
| • Traumatismos Cefálicos con Pérdida del Conocimiento / <i>Loss of consciousness due to head trauma.</i> | | | |
| • Hospitalización / <i>Been Hospitalized</i> | | | |
| • Intervención Quirúrgica / <i>Surgery</i> | | | |
| ¿Presenta anomalías en su apetito? (<i>especifique</i>) / <i>Eating disorders (specify)?</i> | | | |
| | | | |
| ¿Qué desayuna? / <i>What does your son/daughter usually eat for breakfast?</i> | | | |
| | | | |
| Horas diarias de sueño / <i>Number of Hours of Sleep</i> | Horario de sueño / <i>Sleeping Schedule</i> | | |
| | De / <i>From</i> _____ a / <i>To</i> _____ horas / <i>hours</i> | | |

| Problemas de sueño / <i>Sleep disorders</i> | SI YES | NO | Especifique / <i>Please Specify</i> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| • Pesadillas / <i>Nightmares</i> | | | |
| • Temores Nocturnos / <i>Night Fears</i> | | | |
| • Sonambulismo / <i>Sleepwalking</i> | | | |
| • Duerme en exceso / <i>Excessive Sleep</i> | | | |
| • Ronca / <i>Snores</i> | | | |
| • Insomnio / <i>Insomnia</i> | | | |
| • Problemas Respiratorios / <i>Breathing problems</i> | | | |
| • Apneas Respiratorias / <i>Sleep Apnea</i> | | | |
| ¿Ha recibido alguna terapia de apoyo? / <i>Has child received any type of therapy?</i> Si / YES _____ No _____ | | | |
| a. Lenguaje / <i>Language</i> () | | c. Motricidad / <i>Motor Skills</i> () | |
| b. Emocional / <i>Emotional</i> () | | d. Otro / <i>Other</i> () | |
| Motivo / <i>Cause</i> | | Edad en la que inicio su tratamiento / <i>Child's age when it started</i> | Duración de Tratamiento / <i>Length of Treatment</i> |
| | | | |
| Nombre de su Médico tratante / <i>Name of attending physician/therapist?</i> | | | Tel / <i>Phone</i> |

ANTECEDENTES DE DESARROLLO / GROWTH AND DEVELOPMENT BACKGROUND

| Problemas en el embarazo / <i>disorders during pregnancy</i> | SI YES | NO | Especifique / <i>Please Specify</i> |
|---------------------------------------------------------------------|-----------|----|-------------------------------------|
| • Caídas / <i>Falls or Injuries</i> | | | |
| • Infecciones / <i>Infections</i> | | | |
| • Preeclampsia | | | |
| • Problemas emocionales / <i>Emotional Problems</i> | | | |
| • Riesgo o amenaza de aborto / <i>Risk or threat of Abortion</i> | | | |
| • Intoxicación / <i>Intoxication</i> | | | |
| • Radiaciones / <i>Radiation</i> | | | |
| • Drogas / <i>Drugs</i> | | | |
| • Incompatibilidad Sanguínea / <i>Blood incompatibility</i> | | | |
| • Fue Prematuro / <i>Premature Birth</i> | | | |
| • Fórceps / <i>Forceps</i> | | | |
| • Cesárea / <i>Cesarean Section</i> | | | |
| • Le faltó Oxígeno / <i>Oxygen Deprived</i> | | | |
| • Otro / <i>Other</i> | | | |

Edad Aproximada en la que su hijo (a) comenzó a... / *Approximate age at which child started:*

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|
| • Gatear / <i>Crawling</i> | _____ años / <i>years old</i> | _____ meses / <i>months old</i> |
| • Caminar / <i>Walking</i> | _____ años / <i>years old</i> | _____ meses / <i>months old</i> |
| • Balbucear Palabras / <i>Uttering First Words</i> | _____ años / <i>years old</i> | _____ meses / <i>months old</i> |
| • Controlar Esfínteres / <i>Sphincter (Bladder and Bowel) Control</i> | | |
| DIURNO/DAYTIME (YES) (NO) NOCTURNO/NIGHTTIME (YES) (NO) | | |
| Edad Aproximada / <i>HOW OLD?</i> _____ años / <i>years old</i> _____ meses / <i>months old</i> | | |

PERSONALIDAD, CONDUCTA Y ADAPTACION SOCIAL / PERSONALITY, BEHAVIOR & SOCIAL SKILLS

| | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------|------------------------|
| ¿Presenta temor especial hacia alguna cosa o evento particular? (especifique) / <i>Displays significant fear toward a specific object or event? (Please specify)</i> | | | | | |
| | | | | | |
| ¿Qué hace cuando su hijo(a) no obedece? / <i>What do YOU usually do when your child disobeys?</i> | | | | | |
| | | | | | |
| GRADO DE AUTOSUFICIENCIA / DEGREE OF SELF -SUFFICIENCY | | | | | |
| Actualmente su hijo: / At present your child is able to: | Siempre Always | Muchas veces Often | Algunas veces Sometimes | Casi nunca Seldom | Nunca Never |
| • Come por sí solo / <i>Eat on his/her own</i> | | | | | |
| • Mete los brazos en las mangas / <i>Puts the arms in the sleeves by her/himself.</i> | | | | | |
| • Se quita los calcetines, suéter o pantalones / <i>Able to take off socks, sweate or trousers (pants) by her/himself</i> | | | | | |
| Iniciativa / Initiative | | | | | |
| • Sigue indicaciones sencillas / <i>Follows simple instructions</i> | | | | | |
| • Avisa cuando quiere ir al baño / <i>Lets you know when he needs to go to the</i> | | | | | |
| Orden en el trabajo / works in an orderly fashion | | | | | |
| • Ayuda a recoger sus juguetes / <i>Helps pick up his toys</i> | | | | | |
| • Sabe donde van sus pertenencias / <i>Knows where to put away his personal belongings</i> | | | | | |
| • Permanece sentado a la hora de comer / <i>Remains seated during meals</i> | | | | | |
| Relaciones sociales / social interactions | | | | | |
| • Se adapta a situaciones nuevas / <i>Easily adapts to new situations</i> | | | | | |
| • Le gusta interactuar con los adultos que le son familiares / <i>Likes to intract with adults he knows</i> | | | | | |
| • Juega cuando hay otro niño presente. / <i>Plays when other kid is in the room.</i> | | | | | |
| • Comparte sus juguetes / <i>Shares his Toys</i> | | | | | |
| • Abraza, acaricia y besa a las personas conocidas. / <i>Huggs, caresses and kisses familiar people he knows.</i> | | | | | |
| • Saluda a otros niños o adultos cuando se le recuerda. / <i>Remembers other kids or Adults if reminded.</i> | | | | | |
| • Repite las acciones que producen risa. / <i>Repeats gestures which evoke laughter.</i> | | | | | |

| ¿De acuerdo a la etapa de desarrollo, su hijo presenta alguna de estas características? / <i>According to your child's development stage, does he/display any of the following traits?</i> | SI YES | NO | Especifique / Specify |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----|-----------------------|
| Lenguaje / language | | | |
| ● Encuentra la fuente que produce un sonido / <i>Is able to find the source of a noise</i> | | | |
| ● Llora cuando quiere algo / <i>Cries when he/she wants something</i> | | | |
| ● Se comunica por medio de gestos / <i>Communicates through signs.</i> | | | |
| ● Se comunica por medio de sonidos / <i>Communicates through sounds.</i> | | | |
| ● Se comunica por medio de llanto / <i>Expresses through crying.</i> | | | |
| ● Emite palabras aisladas / <i>Utters isolated words</i> | | | |
| ● Emite frases de dos palabras o más. / <i>Produces phrases with two or more words.</i> | | | |
| ● Responde o va cuando le llaman. / <i>Responds or complies when called</i> | | | |
| ● Señala 3 o más partes de su cuerpo / <i>Is able to identify and point to 3 or more of his/her body parts</i> | | | |
| ● Sigue indicaciones y realiza instrucciones cortas / <i>Follows simple instructions</i> | | | |
| Motricidad / motor skills | | | |
| ● Baja de un mueble sin ayuda / <i>Is able to climb down from furniture unaided</i> | | | |
| ● Camina y corre sin ayuda | | | |
| ● Se rueda solo de costado | | | |
| ● Le cuesta trabajo conciliar el sueño. / <i>Has problems falling asleep.</i> | | | |
| ● Se despierta en la noche. / <i>Wakes up at night.</i> | | | |
| ● Necesita de un ritual para dormirse. / <i>Requires a ritual before going to sleep.</i> | | | |
| ● Llora cuando no recibe lo que quiere. / <i>Cries when he doesn't get what he wants.</i> | | | |
| ● Cuando llora lo hace por periodos prolongados / <i>When crying does so for prolonged episodes.</i> | | | |
| ● Es incansable / <i>Is tireless</i> | | | |
| ● Le pega a otros niños. / <i>Hits other children.</i> | | | |
| ● Se chupa el dedo (trapito, ropa etc.) / <i>Sucks on thumb (cloth, garments, etc.)</i> | | | |
| ● Usa objeto transicional (chupón, trapito, etc.) / <i>Uses a pacifier, garment or other transitional weaning withdrawal mechanism.</i> | | | |
| ● Respeta la rutina diaria. / <i>Follows daily routine.</i> | | | |
| ● Se frustra con facilidad. / <i>Frustrates easily.</i> | | | |

Gracias por sus respuestas / *Thank you for your responses*

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE / *FATHER'S SIGNATURE*

NOMBRE Y FIRMA DE LA MADRE / *MOTHER'S SIGNATURE*