

STUDENT HISTORY QUESTIONNAIRE

(Please fill out as much as possible. This will be used to write a Confidential psychoeducational report as part of this student's evaluation assessment)

Person Completing Form: _____

Date: _____

STUDENT INFORMATION

Student's Name: _____ Age: _____ DOB: _____

What do you enjoy most about raising your child? _____

What is the most difficult thing about raising your child? _____

What are your child's interests or hobbies? _____

What activities does your child regularly participate in with your family?

Conversations Church Games Sports Community Events

Trips Visiting Relatives Movies Other _____

FAMILY INFORMATION

Mother Name: _____ Place of Employment: _____

Father Name: _____ Place of Employment: _____

Child Lives With: (circle all that apply):

Both Parents Mother Father Stepmother Stepfather

Guardian Siblings (how many) _____ Others _____

Please indicate names and ages of siblings:

Name Age Relationship

Have there been any changes in your family situation or traumatic events in the past – such as divorce, a move, death in the family, remarriage, absence of a parent from the home? No___ Yes___ (If yes, please explain event, approximate date): _____

Is there history of any extended and immediate family health concerns (e.g. (If yes, please explain and describe relationship to student): _____

Family history of learning or emotional problems? No___ Yes___ (If yes, please explain): _____

Present health of Mother _____
Present health of Father _____

PREGNANCY AND BIRTH

Any complications during the pregnancy with this student? (If yes, please explain): _____

Were any substances used during pregnancy (Alcohol, tobacco, prescription/ nonprescription drugs, etc.):
No___ Yes___ (If yes, please explain): _____

Was the mother under a doctor's care during pregnancy? No _____ Yes _____
Was this student born in a hospital? No _____ Yes _____
Were there any problems at the birth of this child? No _____ Yes _____ (If yes, please explain): _____

Birth weight? _____ lbs. _____ oz.	Length of pregnancy: _____ weeks
Labor Induced No _____ Yes _____	Caesarean Delivery No _____ Yes _____
Forceps Used No _____ Yes _____	Jaundiced No _____ Yes _____

Child Condition at birth _____	How long in hospital? _____
Mother's Condition at birth _____	How long in hospital? _____

DEVELOPMENTAL HISTORY

Age that this child met the following developmental milestones:

Rolling Over: _____	Sitting Up: _____
Crawling: _____	Standing: _____
Walking: _____	First Words: _____
First Spoke in Sentences: _____	Weaned: _____
Toilet Trained (Days): _____	Toilet Trained (Night): _____

Did Speech development progress normally? No ____ Yes ____ (if no, please explain): _____

Has your child had a history of speech/communication problems and/or therapy? No ____ Yes ____ (If yes, please explain): _____

MEDICAL HISTORY

Does your child have any vision or hearing problems? No ____ Yes ____ (If yes, please explain): _____

Has your child experienced any significant health problems (i.e., asthma, chronic ear infections, diabetes, seizures, etc.)? No ____ Yes ____ (If yes, please explain): _____

Has your child been hospitalized? No ____ Yes ____ (If yes, please explain): _____

Has your child experienced any accidents requiring medical assistance? No ____ Yes ____ (If yes, please explain): _____

Is your child taking any medication on a regular basis? No ____ Yes ____ (If yes, please indicate name of medication and purpose for taking): _____

Has your child ever taken medication for 6 months or more? No ____ Yes ____ (If yes, please explain): _____

Has your child received any psychological testing or counseling in the past? No ____ Yes ____ (If yes, please explain): _____

Has your child ever taken ADHD medication in his or her lifetime? No ____ Yes ____
Have any family member(s)? No ____ Yes ____ (Please indicate who: _____)

Is there any health conditions or relevant medical history that may be adversely affecting your child's educational performance? No ____ Yes ____ (If yes, please explain): _____

EDUCATIONAL HISTORY

Did your child attend pre-school/daycare? No___ Yes___ (If yes, were there any problems during that time? Please explain): _____

Did your child attend Kindergarten? No___ Yes___ (If yes, were there any problems during that time? Please explain): _____

List all schools attended (including preschool) and indicate for which grade levels:

School/District/Location	Grade Levels Present
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Prior special education services? No___ Yes___ (If yes, please explain when, where, and which services received): _____

Do you have any concerns about your child's performance in reading? No___ Yes___ (If yes, please explain) _____

Do you have any concerns about your child's performance in math? No___ Yes___ (If yes, please explain) _____

Does your child dislike going to school No___ Yes___ (If yes, please explain): _____

Where does your child receive assistance with school related assignments?

___ Afterschool ___ At home Other: _____

Who helps your child with school related assignments? _____

Is there any other information that you think would be helpful for the Response to Intervention Team to know? No ___ Yes ___ (if yes, please include that information here): _____

Thank you for completing this survey!

QUESTIONARIO HISTORIAL DEL ESTUDIANTE
(Por favor complete lo más que pueda. Este se usará para escribir un reporte psico-educacional confidencial como parte de la evaluación de este estudiante)

Persona completando el formulario: _____ Date: _____

INFORMACIÓN del ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Qué disfruta usted más al crear a su hijo(a)? _____

¿Qué ha sido lo más difícil criando a su hijo(a)? _____

¿Cuáles son los intereses o aficiones de su hijo(a)? _____

¿En qué actividades participa regularmente su hijo(a) en familia?

Conversaciones Iglesia Juegos Deportes Eventos comunitarios
Paseos Visitando familiares Películas Otros: _____

INFORMACIÓN de la FAMILIA

Nombre de la madre: _____ Lugar de empleo: _____

Nombre del padre: _____ Lugar de empleo: _____

El niño(a) vive con: (circule a todos los que aplica):

Los dos padres Madre Padre Madrastra Padrastro
Tutor Hermanos(as) (cuantos) _____ Otros: _____

Por favor escriba los nombres y edades de los hermanos(as):

Nombre	Edad	Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ha habido algunos cambios en su situación familiar o eventos traumáticos en el pasado - como divorcio, moverse a otro lugar, la muerte en la familia, casarse de nuevo, la ausencia de un padre en la casa? No___ Sí___ (en caso afirmativo, por favor explique evento, y fecha aproximada): _____

¿Hay antecedentes de cualquier preocupación en la salud de la familia extendida e inmediatos (c.g (en caso afirmativo, por favor explicar y describir la relación con el estudiante): _____

Antecedentes familiares de aprendizaje o problemas emocionales? No___ Sí___ (En caso afirmativo, por favor explique): _____

La salud actual de la madre _____

La salud actual de padre _____

EMBARAZO Y NACIMIENTO

¿Tuvo algunas complicaciones durante el embarazo con este estudiante? (En caso afirmativo, por favor explique): _____

¿Fueron algunas sustancias utilizadas durante el embarazo? (drogas alcohol, tabaco, prescripción / venta libre, etc.): No ___ Sí ___ (En caso afirmativo, por favor explique): _____

Fue la madre bajo el cuidado de un médico durante el embarazo? No___ Si _____

¿Nació este estudiante en un hospital? No___ Si _____

¿Hubo algún problema en el nacimiento de este niño(a)? No ___ Si ___ (en caso afirmativo, por favor explique): _____

El peso al nacer ___ libras ___ onzas

Longitud del embarazo: _____ semana: _____

Parto inducido No ___ Si _____

Cesárea No___ Si _____

Fórceps utilizados No ___ Sí _____

Ictérico (*Jaundiced*) No ___ Si _____

Condición del niño al nacer _____ ¿Cuánto duró tiempo en el hospital? _____

Condición de la madre al momento del nacimiento _____ ¿Cuánto duró tiempo en el hospital? _____

HISTORIAL DE DESARROLLO

¿Edad en que este niño desarrolló lo siguiente?:

Se dio vuelta: _____

Se sentó: _____

Gateó: _____

Se puso de pie: _____

Caminó: _____

Dijo las primeras palabras: _____

Habló en oraciones: _____

Amamantado: _____

Fue entrenado para usar el inodoro (Día): _____

Fue entrenado para usar el inodoro (noche): _____

¿Progresó el desarrollo del lenguaje normalmente? No ____ Si ____ (en caso afirmativo, por favor explique):

¿Tiene su hijo(a) historial de problemas de lenguaje/comunicación y o de terapia? No ____ Si ____ (en caso afirmativo, por favor explique):

HISTORIAL MEDICO

¿Tiene su hijo(a) algún problema escuchando o de vista? No ____ Si ____ (en caso afirmativo, por favor explique):

¿Ha tenido su hijo(a) algún problema de salud significativo (*i.e.*, asma, infección de oído crónico, diabetes, convulsiones, etc.)? No ____ Si ____ (en caso afirmativo, por favor explique):

¿Ha sido su hijo(a) hospitalizado(a)? No ____ Si ____ (en caso afirmativo, por favor explique):

¿Ha sufrido su hijo(a) algún accidente que haya requerido de asistencia médica? No ____ Si ____ (en caso afirmativo, por favor explique):

¿Está su hijo(a) tomando medicamento regularmente? No ____ Si ____ (en caso afirmativo, por favor indique el nombre del medicamento y el propósito por el cual lo está tomado):

¿Ha tomado su hijo(a) medicamento por más de 6 meses? No ____ Si ____ (en caso afirmativo, por favor explique):

¿Ha recibido su hijo(a) alguna evaluación psicológica o consejero en el pasado? No ____ Si ____ (en caso afirmativo, por favor explique):

¿Ha tomado su hijo(a) alguna vez en su vida el medicamento *ADHD*? No ____ Si ____

¿Algún miembro(s) en la familia? No ____ Si ____ (Por favor explique quién):

¿Hay alguna condición de salud o historial médica relevante que adversariamente podría estar afectando el rendimiento educativo de su hijo(a)? No ____ Si ____ (en caso afirmativo, por favor explique):

HISTORIAL EDUCACIONAL

¿Asistió su hijo(a) a pre-escolar/guardería? No___ Si___ (en caso afirmativo, hubo algún problema durante ese tiempo? Por favor explique): _____

¿Asistió su hijo(a) a kínder? No___ Si___ (en caso afirmativo, hubo algún problema durante ese tiempo? Por favor explique): _____

Liste todas las escuelas a las que asistió su hijo(a) (incluyendo pre-escolar) e indique el nivel de grado:

Escuela/ Distrito/ Localidad	Niveles de grado actuales
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Ha recibido servicios anticipados de educación especial? No_____ Si_____ (en caso afirmativo, por favor dónde, y con quién recibió servicios): _____

¿Tiene usted alguna preocupación acerca del rendimiento en lectura? No___ Si___ (en caso afirmativo, por favor explique): _____

Tiene usted alguna preocupación acerca del rendimiento en matemáticas? No___ Si___ (en caso afirmativo, por favor explique): _____

¿Le disgusta a su hijo(a) ir a la escuela? No_____ Si_____ (en caso afirmativo, por favor explique): _____

¿Dónde recibe su hijo(a) ayuda con las asignaciones o tareas de la escuela?

_____ Programas después de la escuela _____ En casa Otros: _____

¿Quién ayuda a su hijo(a) con las asignaciones relacionadas a la escuela? _____

¿Hay alguna otra información que usted cree que el equipo de intervención debe saber para poder ayudar a su hijo(a)? No _____ Si _____ (en caso afirmativo, por favor incluya la información aquí): _____

Gracias por completar ésta encuesta!