



Child/ Niño: _____ Age/Edad: _____ DOB/Fecha de nacimiento: _____

Male/Sexo masculino Female/Sexo femenino

Parents/Guardians/Padres/Tutores: _____

Court Appointed Guardians/Tutores nombrados por el tribunal: _____

Cell phone/Celular: _____ E-mail: _____

Would you like to receive communication via E-mail? /¿Desea recibir comunicaciones por e-mail? Yes No

Household Members Familiares y otras personas que viven en el mismo hogar	Occupation (Optional) Ocupación (optativo)	Age Edad	Relationship Relación/Parentesco
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

REASON FOR EVALUATION / VISIT/ MOTIVO DE LA EVALUACIÓN/VISITA

Referred by/ Enviado por: _____

Please list your goals for evaluation/therapy/ Indique sus metas para la evaluación/terapia: _____

Please list your child's strengths/ Indique los aspectos positivos de su hijo: _____

Please Provide any additional information you feel would be helpful for us to know about your child

Escriba cualquier otra información adicional que, en su opinión, nos convendría saber acerca de su hijo:

MEDICAL HISTORY/ HISTORIA MÉDICA

Height / Estatura: _____ % Compared to Peers / % comparado con niños de su edad: _____

Weight / Peso: _____ % Compared to Peers / % comparado con niños de su edad: _____

Vision Screening Date / Fecha de la prueba de la vista: _____

Results / Resultados: _____

Hearing Screening Date / Fecha de la prueba de audición: _____

Results / Resultados: _____

Dental Screening Date / Fecha del examen dental: _____

Results / Resultados: _____



Primary Care Physician / Médico de atención primaria: _____

Phone Number / Teléfono: _____

Current Medical Diagnoses / Diagnóstico médico actual: _____

Current Medications: Medicamentos que toma actualmente:	Dosage: Dosis:	Administered for: Administrado para:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Mark all of the following conditions that apply and provide approximate dates:

Marque todas las condiciones siguientes que correspondan e indique fechas aproximadas:

Condition / Condición	Year / Año
<input type="checkbox"/> Autism Spectrum Disorder / Trastorno del espectro autista	_____
<input type="checkbox"/> Meningitis / Meningitis	_____
<input type="checkbox"/> Encephalitis / Encefalitis	_____
<input type="checkbox"/> Head Injury / Lesión de la cabeza	_____
<input type="checkbox"/> Seizures / Convulsiones _____ type / tipo	_____
<input type="checkbox"/> Allergies / Alergias _____ type / tipo	_____
Food / Alimentos	_____
Environmental / Ambiental	_____
Medications / Medicamentos	_____
Latex Sensitivity / Sensibilidad al látex	_____
<input type="checkbox"/> Failure to Thrive / Retraso del crecimiento	_____
<input type="checkbox"/> Abuse/Neglect by whom? / Abuso/Abandono (quién es responsable)	_____
_____	_____
<input type="checkbox"/> Wetting after 3 years of age / Incontinencia urinaria (más de 3 años de edad)	_____
<input type="checkbox"/> Soiling after 3 years of age / Incontinencia anal (más de 3 años de edad)	_____
<input type="checkbox"/> Chronic constipation / Estreñimiento crónico	_____
<input type="checkbox"/> Chronic diarrhea / Diarrea crónica	_____
<input type="checkbox"/> Surgery / Cirugía _____ type & dates / tipos y fechas	_____
<input type="checkbox"/> Accident / Serious Injury / Accidente/Lesión grave _____ type / tipo	_____
<input type="checkbox"/> Asthma / Asma	_____
<input type="checkbox"/> Ear Infections (How many? _____) / Infecciones del oído (¿Cuántas? _____)	_____
<input type="checkbox"/> Frequent Respiratory Infections / Infecciones respiratorias frecuentes	_____
<input type="checkbox"/> Hospitalization Why? / Hospitalización. ¿Por qué? _____	_____
Dates / Fechas: _____	_____
<input type="checkbox"/> Other / Otro _____	_____





FAMILY MEDICAL HISTORY – Please list family member’s relationship to child.

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR – Indique el parentesco del familiar con su hijo.

- ADHD / Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (ADHD)
- Bipolar / Trastorno bipolar
- Autism/Aspergers/POD / Autismo/Asperger/PO
- Learning Issues / Problemas de aprendizaje
- Schizophrenia / Esquizofrenia
- Alcoholism / Alcoholismo
- Drug Abuse / Abuso de drogas
- Other / Otro: _____

PREGNANCY AND BIRTH HISTORY / HISTORIA DE EMBARAZOS Y PARTOS

Place of Birth / Lugar de nacimiento: _____

Hospital: _____ Apgar scores / Puntajes Apgar _____

Duration of Pregnancy / Duración del embarazo:

- Full Term / Término completo
- Premature – Gestational age / Prematuro – Edad gestacional: _____

Birth Weight / Peso al nacer: _____

Please list any complications during the pregnancy for you or your child:

Indique complicaciones del embarazo para usted o su hijo: _____

Complications during /following birth (check all that apply):

Complicaciones durante o después del parto (marque todo lo que corresponda):

- No complications / Sin complicaciones
- Cesarean section / Cesárea
- Postpartum Depression / Depresión posparto
- Unusually long labor — length / Parto inusualmente largo – duración:
- Severe jaundice / Ictericia grave
- Hemorrhaging / Hemorragia
- Delivery aided by instruments type / Parto asistido por instrumentos – tipo: _____
- Oxygen at birth – How long? / Oxígeno al nacer - ¿Cuánto tiempo? _____
- Complications for mother / Complicaciones para la madre _____
- Other / Otro _____
- Require special care after birth – who? / Necesitó atención especial después del parto - ¿quién? _____

Fetal distress / Sufrimiento fetal _____

Seizures / Convulsiones _____



Length of Stay for Mother / Duración de la hospitalización para la madre: _____

Length of Stay for Child / Duración de la hospitalización para el hijo: _____

Please provide any additional information for items marked above:

Anote más información para los casos marcados anteriormente:

THERAPY HISTORY / HISTORIA TERAPÉUTICA

 Has your child received treatment at this facility before? Yes No

 ¿Recibió su hijo tratamiento en este establecimiento antes? Sí No

Therapist / Terapeuta	Dates / Fechas	Beneficial? / ¿Beneficioso?
_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No

List other professionals and/or agencies who are or have been involved with your child:

Indique los otros profesionales o agencias que atienden o han atendido a su hijo:

Agency / Agencia/Terapeuta	Phone # / Teléfono	Dates / Fechas	Beneficial? / ¿Beneficioso?
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No

Please provide copies of evaluations! / ¡Por favor entregue copias de las evaluaciones!

CAREGIVER/SCHOOL INFORMATION
INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA QUE CUIDA AL NIÑO O ESCUELA

Type of School Your Child Attends / Tipo de escuela a la que asiste su hijo:

 Daycare / Guardería Preschool / Preescolar School / Escuela Not applicable / No corresponde

Location / Lugar: _____ Contact / Contacto: _____ Grade / Grado: _____

School Phone Number / Teléfono de la escuela: _____

School Address / Dirección de la escuela: _____

Services Received / Servicios recibidos: _____

Individual Educational Plan through school district / Plan Individualizado de Educación a través del distrito escolar

 Yes / Sí No - Services provided / Servicios prestados: _____

Individual Family Service Plan through Imagine! / Plan Individualizado de Servicios Familiares a través de Imagine!

 Yes / Sí No - Services provided / Servicios prestados: _____




504 Plan / Plan 504 Yes / Sí No - Services Provided / Servicios prestados: _____

Teacher comments / Comentarios de la maestra: _____

Academic skills / Aptitudes académicas: _____

Relationship with peers / Relación con niños de la edad: _____

Child's impression of school / Impresión del niño acerca de la escuela: _____

FAMILY HISTORY / HISTORIA FAMILIAR

Have any of the following events occurred in your family? (Mark all that apply):

¿Han ocurrido algunos de los siguientes eventos en su familia? (Marque todo lo que corresponda):

Event	Date	Child's reaction to event
Evento	Fecha	Reacción del niño ante el evento
<input type="checkbox"/> Move to a new location / Cambio de domicilio	_____	_____
<input type="checkbox"/> Birth of a sibling / Nacimiento de otro niño	_____	_____
<input type="checkbox"/> Change of school for child / Cambio de escuela del niño	_____	_____
<input type="checkbox"/> Separation from parent / Separación del padre o de la madre	_____	_____
<input type="checkbox"/> Serious illness or injury / Enfermedad o lesión grave	_____	_____
<input type="checkbox"/> Death in family / Muerte en la familia	_____	_____
<input type="checkbox"/> Change in job status / Cambio de la condición laboral	_____	_____
<input type="checkbox"/> Divorce or separation / Divorcio o separación	_____	_____

FALL RISK / RIESGO DE CAÍDA

Does your child fall more often than his/her peer group? Yes No

¿Se cae su hijo con más frecuencia que otros niños de su edad? Sí No

Has your child suffered a head injury from a fall within the past year? Yes No

¿Ha sufrido su hijo una lesión de la cabeza por una caída en el último año? Sí No

(Head injury = loss of consciousness, memory impairment, significant injury requiring medical attention)

(Lesión de la cabeza = pérdida del conocimiento, disminución de la memoria, lesión importante que debió tratarse con un médico)

EDUCATIONAL LEARNING STYLE/PREFERENCES

ESTILO/PREFERENCIAS DE APRENDIZAJE EDUCATIVO

How do you best learn? Verbal Written Visual Demonstration

¿Cómo aprende mejor usted? Verbal Escrito Visual Demostración

How does your child best learn? Verbal Written Visual Demonstration

¿Cómo aprende mejor su hijo? Verbal Escrito Visual Demostración





Barriers to your child's learning: None Physical Emotional Cognitive

Barreras de aprendizaje de su hijo: Ninguna Físicas Emocionales Cognoscitivas

Person(s) filling out this form / Persona(s) que llena este formulario: _____

Date / Fecha: _____

Thank you. If you have any questions, please contact us at (303) 441-2385.

Muchas gracias. No dude en comunicarse con nosotros al (303) 441-2385 si tiene preguntas.

