

**CUESTIONARIO PARA CUIDADORES**  
*CAREGIVER QUESTIONNAIRE*  
**UNC CHILDREN'S SECTION OF DEVELOPMENT, BEHAVIOR, AND LEARNING**

**Nombre del niño(a):** \_\_\_\_\_ **Fecha actual:** \_\_\_\_\_

Nombre o apodo preferido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del niño(a): \_\_\_\_\_

Pronombre preferido (marque uno con un círculo): él ella ellos otro: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que completa este formulario: \_\_\_\_\_

Relación con el niño(a): \_\_\_\_\_

**¿Para qué trae al niño(a) a la visita?** (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Para promover el desarrollo o aprendizaje
- Para tratar su comportamiento
- Para evaluar alguna afección en especial (elijá todo lo que corresponda)
  - Autismo/espectro autista
  - TDAH (ADHD, en inglés)
  - Problemas de aprendizaje

Comentarios: \_\_\_\_\_

**¿Qué es lo que más le gusta de su hijo(a)?** (Describa) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**En casa, habitualmente, ¿cómo se comporta?** (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Por lo general se comporta bien
- A veces le cuesta comportarse
- Es difícil, necesita ayuda
- Es muy difícil de manejar

Comentarios: \_\_\_\_\_

**¿En qué área tiene el niño(a) más problemas?** (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Seguir instrucciones
- Está triste
- Prestar atención
- Se queda atrapado(a) con una actividad o tiene problemas para pasar de una actividad a otra
- No permanecer sentado(a)
- Estímulos sensoriales (texturas, ruidos fuertes, etc.)
- Conductas agresivas (pegar, patear, etc.)
- Se preocupa mucho

Comentarios: \_\_\_\_\_

### **Apetito y alimentación**

- Por lo general come bien  Come muy poco  
 Es muy delicado(a) para comer  Come demasiado

Comentarios: \_\_\_\_\_

### **Sueño**

- Por lo general duerme bien  No tiene un sueño tranquilo(a)  
 Tiene problemas para conciliar el sueño  Ronca  
 Se despierta durante la noche  Está cansado(a) durante el día

Comentarios: \_\_\_\_\_

### **Antecedentes del nacimiento**

Durante el embarazo, ¿sucedió algo de lo siguiente? (Seleccione todas las opciones que correspondan):

- Presión arterial alta  Diabetes  Parto antes de fecha  Exposición al humo de tabaco  
 Consumo de drogas o alcohol  Uso de medicinas  Demasiado estrés

Comentarios: \_\_\_\_\_

Peso al nacer: \_\_\_\_\_ libras \_\_\_\_\_ oz Tipo de parto: (elija uno)  Vaginal  Cesárea

¿El bebé nació en la fecha prevista? (37-40 semanas)  Sí  No

Si su respuesta es no, explique: \_\_\_\_\_

¿Estuvo en UCIN (NICU, cuidados intensivos neonatales) después de nacer?  No  Sí

Si su respuesta fue sí, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

### **Desarrollo temprano**

¿A qué edad el niño(a)...?: (complete)

- |   |   |                                 |
|---|---|---------------------------------|
| Dijo la primera palabra _____ (meses / años)  | <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) | <input type="checkbox"/> Aún no |
| Dijo dos palabras juntas _____ (meses / años) | <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) | <input type="checkbox"/> Aún no |
| Respondió a su nombre _____ (meses / años)    | <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) | <input type="checkbox"/> Aún no |
| Comenzó a caminar _____ (meses / años)        | <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) | <input type="checkbox"/> Aún no |

## Antecedentes médicos

¿El niño(a) tiene algún problema de salud?  No  Sí

Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

Medicaciones y tratamientos: \_\_\_\_\_

¿Estuvo internado(a) en un hospital o tuvo alguna operación?  No  Sí

Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

El niño(a):

¿Usa anteojos?  No  Sí

¿Pasó el examen de audición?  No  Sí

¿Tiene antecedentes de infecciones?  No  Sí

¿Le atienden otros médicos especialistas?  No  Sí

Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

¿Tiene que someterse a algún examen o procedimiento médico pronto?  No  Sí

Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

## Información de la familia

¿Con quién vive el niño(a)? (p. ej.: madre, padre, hermanos, abuelos, etc.) \_\_\_\_\_

¿Algunas de las siguientes afecciones son un mal de familia? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

Problemas de aprendizaje

TDAH

Trastorno de ansiedad u obsesivo compulsivo

Depresión

Trastorno bipolar/depresión maníaca

Trastorno del espectro autista

Esquizofrenia

Abuso de alcohol o sustancias ilegales

Problemas legales

Problemas cardiacos

Otro. Explique: \_\_\_\_\_

**Información de la escuela** (Responda o marque la opción adecuada)

¿A qué edad comenzó su hijo(a) la escuela o la guardería? \_\_\_\_\_

Escuela o guardería actual: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

¿La maestra de su hijo(a) ha planteado alguna preocupación con relación al progreso o la conducta del niño(a)?  No  Sí

Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_

¿El niño(a) repitió de grado?  No  Sí Explique: \_\_\_\_\_

¿El niño(a) recibe apoyo del sistema escolar?  No  Sí

Si la respuesta es sí, elija el sistema:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> IEP  | <input type="checkbox"/> Tutorías              |
| <input type="checkbox"/> 504 Plan                                     | <input type="checkbox"/> Otro. Explique: _____ |
| <input type="checkbox"/> Intervención escalonada en el salón de clase |  |

¿El niño(a) recibe algunos de estos servicios?  No  Sí Si la respuesta es sí, elija:

**En la escuela**

**Fuera de la escuela**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Terapia del habla ( <i>Speech/language therapy</i> [ST]) | <input type="checkbox"/> Terapia del habla ( <i>Speech/language therapy</i> [ST]) |
| <input type="checkbox"/> Terapia física ( <i>Physical therapy</i> [PT])           | <input type="checkbox"/> Terapia física ( <i>Physical therapy</i> [PT])           |
| <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional ( <i>Occupational Therapy</i> [OT])  | <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional ( <i>Occupational Therapy</i> [OT])  |
| <input type="checkbox"/> Asesoramiento  | <input type="checkbox"/> Asesoramiento  |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____  | <input type="checkbox"/> Otro: _____  |

**Pruebas anteriores**

¿Le han hecho pruebas a su hijo(a) en la escuela o terapeutas o médicos privados para tratar problemas de aprendizaje, desarrollo, lenguaje, comportamiento o funcionamiento social?  No  Sí

***Si su respuesta es sí, por favor envíelos a [UNCDBL@med.unc.edu](mailto:UNCDBL@med.unc.edu).***

***Gracias por tomarse el tiempo de completar esta información. Por favor envíenosla a [UNCDBL@med.unc.edu](mailto:UNCDBL@med.unc.edu).***

**¡Esperamos conocerlos y atender a su hijo(a) pronto!**