



ASSESS  
CMC86012-001NS Rev. 10/2021

**CHILDREN'S HEALTH**

**Cuestionario de ingreso de la  
Clínica Pediátrica de Trastornos  
de Conducta y Desarrollo**

Developmental Behavioral  
Pediatrics Clinic Intake  
Questionnaire

Place a patient label on all sheets

Lugar: \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Expediente núm.: \_\_\_\_\_  
CSN: \_\_\_\_\_

Por favor responda este cuestionario lo antes posible. Vamos a revisarlo antes de darle cualquier cita, pues tenemos que ver si nuestra clínica es la indicada para su hijo. Además, con el cuestionario podremos comprender mejor sus dudas y el problema que está afectando a su hijo y a su familia.

Envíe por fax el cuestionario al (214) 867-5461, dirigido a la Clínica Pediátrica de Desarrollo de la Conducta (DBP). Si tiene dudas, llame al (214) 456-5558.

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Nombre de la persona que responde el cuestionario: \_\_\_\_\_

**Información del niño:**

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nac.: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Idioma que habla el niño: \_\_\_\_\_ Otros idiomas que se hablan en casa: \_\_\_\_\_

¿Necesita un intérprete?  Sí  No

Which language should be spoken by the translator? \_\_\_\_\_

Grupo étnico:  hispano o latino  No hispano o latino

Raza:  Indio americano o nativo de Alaska  Asiático, asiático-americano o isleño del Pacífico

Negro o afroamericano  blanco  Otro

**Información de los responsables**

Nombre completo de la madre o del tutor: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Nombre completo del padre o del tutor: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_



ASSESS  
CMC86012-001NS Rev. 10/2021

CHILDREN'S HEALTH

Questionario de ingreso de la  
Clínica Pediátrica de Trastornos  
de Conducta y Desarrollo

Developmental Behavioral  
Pediatrics Clinic Intake  
Questionnaire

Place a patient label on all sheets

Lugar: \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Expediente núm.: \_\_\_\_\_  
CSN: \_\_\_\_\_

¿Con quién vive el niño? \_\_\_\_\_

¿Esta persona es el tutor?  Sí  No Parentesco con el niño: \_\_\_\_\_

**Remisiones (favor de ser ESPECÍFICO):**

1. ¿Quién mandó a su hijo a esta clínica? \_\_\_\_\_

2. ¿Por qué lo mandaron con nosotros? \_\_\_\_\_

Indique cuáles son las razones por las que desea una evaluación para su hijo:

- Problemas de atención o hiperactividad.
- Problemas de aprendizaje.
- Retraso en el desarrollo (habla, movimientos, habilidades sociales).
- Quiero saber si mi hijo tiene un trastorno del espectro autista.
- Problemas de ansiedad
- Problemas de comportamiento
- Preguntas sobre los medicamentos
- Quiero una segunda opinión sobre el diagnóstico que le dieron a mi hijo, que es: \_\_\_\_\_

3. Anote, abajo lo que más le preocupa sobre su hijo.

4. ¿Cuándo empezaron los problemas? \_\_\_\_\_

5. ¿Qué alivia los síntomas? \_\_\_\_\_

6. ¿Qué empeora los síntomas? \_\_\_\_\_

7. ¿Ya han evaluado su hijo o le han dado tratamiento por estos problemas?  Sí  No

8. A. Si es así, ¿cuándo y con quién? Favor de facilitarnos una copia de las evaluaciones anteriores, incluidas las de la escuela.

B. ¿Qué le diagnosticaron a su hijo?: \_\_\_\_\_



ASSESS  
CMC86012-001NS Rev. 10/2021

**CHILDREN'S HEALTH**

**Questionario de ingreso de la  
Clínica Pediátrica de Trastornos  
de Conducta y Desarrollo**

Developmental Behavioral  
Pediatrics Clinic Intake  
Questionnaire

Place a patient label on all sheets

Lugar: \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Expediente núm.: \_\_\_\_\_  
CSN: \_\_\_\_\_

9. ¿Les preocupa en la escuela el comportamiento de su hijo?  Sí  No  
Si respondió "sí", ¿Qué les preocupa y cuándo lo notaron por primera vez?

\_\_\_\_\_

10. ¿Qué le gustaría lograr en esta cita? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Antecedentes familiares**

**Nombre de la madre:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Nombre del Padre:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

Escolaridad:

- Primaria  Secundaria
- Preparatoria  Universidad
- High school, completed  Nivel de postgrado
- Escuela vocacional

Ocupación: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Escolaridad:

- Primaria  Secundaria
- Preparatoria  Universidad
- High school, completed  Nivel de postgrado
- Escuela vocacional

Ocupación: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

**Nombre de la madrastra:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

Escolaridad:

- Primaria  Secundaria
- Preparatoria  Universidad
- Bachillerato finalizado  Nivel de postgrado
- Escuela vocacional

Ocupación: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

**Nombre del padrastro:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

Escolaridad:

- Primaria  Secundaria
- Preparatoria  Universidad
- Bachillerato finalizado  Nivel de postgrado
- Escuela vocacional

Ocupación: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Los padres están:

- Casados:  Sí  No
- Separados:  Sí  No
- Divorciados:  Sí  No
- Sin casarse:  Sí  No
- Viudos:  Sí  No
- Fecha de boda: \_\_\_\_\_
- Fecha de separación: \_\_\_\_\_
- Fecha de divorcio: \_\_\_\_\_
- Desde cuándo: \_\_\_\_\_
- Fecha de viudez: \_\_\_\_\_



ASSESS  
CMC86012-001NS Rev. 10/2021

CHILDREN'S HEALTH

Questionario de ingreso de la  
Clínica Pediátrica de Trastornos  
de Conducta y Desarrollo

Developmental Behavioral  
Pediatrics Clinic Intake  
Questionnaire

Place a patient label on all sheets

Lugar: \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Expediente núm.: \_\_\_\_\_  
CSN: \_\_\_\_\_

Si los padres están divorciados, ¿quién tiene la custodia?  Madre  Padre  Compartida  Otro

Si su opción no aparece, anótela aquí: \_\_\_\_\_

- Si los padres están separados o divorciados, ¿alguno de los dos está en contra de que el niño sea atendido por nuestra clínica?  Sí  No
- Si los padres están separados o divorciados, ¿hay una orden judicial que indique qué derechos tiene cada padre para decidir la atención médica que recibe el niño?  Sí  No
- ¿Planea usar esta evaluación en algún proceso legal?  Sí  No
- **Necesitamos la documentación de la custodia para determinar si nos está permitido evaluar a su hijo.**
- Si los padres están divorciados o separados, ¿Cada cuándo visita el niño al padre con el que no vive?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ¿Es este niño de crianza temporal (foster care)?  Sí  No
- ¿Es adoptado?  Sí  No

Si así es, Denos toda la información que pueda sobre sus padres biológicos.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Si es un niño de crianza temporal o adoptivo, ¿Cuánto tiempo lleva viviendo con usted? \_\_\_\_\_
- Si es un niño de crianza temporal o adoptivo, ¿Sabe que lo es?  Sí  No

¿Quién vive con el niño en casa? (Anote a todas las personas).

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Parentesco con el niño:</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Miembros de la familia que viven fuera del hogar (por ejemplo, un padre biológico, un hermano o hermana...).

<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Parentesco con el niño:</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Cuántas veces se ha mudado el niño durante los últimos tres años? \_\_\_\_\_



Questionario de ingreso de la  
Clínica Pediátrica de Trastornos  
de Conducta y Desarrollo

Developmental Behavioral  
Pediatrics Clinic Intake  
Questionnaire

ASSESS  
CMC86012-001NS Rev. 10/2021

Lugar: \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Expediente núm.: \_\_\_\_\_  
CSN: \_\_\_\_\_

- Durante los pasados 12 meses, ¿ha pasado su familia por alguna de estas situaciones?: ¿Quién? (Parentesco con el niño)

Muerte en la familia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Enfermedad grave	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Despido o recorte	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Problemas matrimoniales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Problemas psiquiátricos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Problemas de alcohol o drogas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Problemas legales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
  
- ¿Hay alguien en la familia del niño que tenga o haya tenido lo siguiente: ¿Quién? (Parentesco con el niño)

Problemas del habla	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Reprobó el año	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Discapacidad intelectual	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
ADHD (trastorno por déficit de atención con hiperactividad)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Autismo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Problemas de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Trastorno genético	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Suicidio o intento de suicidio	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Depresión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Trastorno de ansiedad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Maníaco-depresión	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
Problema neurológico	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	_____
  
- ¿Hay alguien en la familia que sea zurdo o que sea ambidiestro (que usa las dos manos)? Qué relación tiene con el paciente:
 

1. _____	3. _____
2. _____	4. _____

**Embarazo y nacimiento:**

**A. Embarazo y parto: Si es posible, la madre debe contestar esta sección.**

¿Cuántas semanas o meses duró el embarazo?) \_\_\_\_\_

¿Recibió atención prenatal durante todo el embarazo?  Sí  No

Edad de la madre cuando nació el niño: \_\_\_\_\_

Peso al nacer: \_\_\_\_\_

Tipo de parto:  natural  cesárea

¿Usó fórceps el doctor?  Sí  No

¿Fue difícil el parto?  Sí  No

Fue un parto de nalgas?  Sí  No

¿Cuánto duró la labor de parto? \_\_\_\_\_

¿Complicaciones durante el parto?  Sí  No

(Si así fue, explique (si fue una cesárea de emergencia, le latía despacio el corazón, fiebre, cordón alrededor del cuello, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuáles fueron las puntuaciones de la prueba Apgar al minuto 1? \_\_\_\_\_ a los 5 minutos \_\_\_\_\_ a los 10 minutos \_\_\_\_\_



**Questionario de ingreso de la  
Clínica Pediátrica de Trastornos  
de Conducta y Desarrollo**

Developmental Behavioral  
Pediatrics Clinic Intake  
Questionnaire

ASSESS  
CMC86012-001NS Rev. 10/2021

Lugar: \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Expediente núm.: \_\_\_\_\_  
CSN: \_\_\_\_\_

**B. Estado de salud de la madre biológica durante el embarazo**

**¿Tuvo la madre alguno de estos síntomas durante el embarazo?**

Sangrado  Sí  No  
Subió 30 libras (13 kg.) o más  Sí  No  
Tuvo toxemia o presión arterial elevada.  Sí  No  
Tuve que tomar medicamentos recetados  Sí  No  
(¿Qué medicamentos?) \_\_\_\_\_

Enfermedad o lesión grave  Sí  No  
Consumo de alcohol  Sí  No  
Consumo de drogas  Sí  No  
Fumó  Sí  No  
Fiebre, ronchas, infección u otra enfermedad.  Sí  No  
Le hicieron radiografías  Sí  No  
Diabetes  Sí  No  
Otros  Sí  No

**C. Salud del bebé al nacer**

Dificultad para respirar  Sí  No  
Se puso azul (cianótico)  Sí  No  
Necesitó oxígeno  Sí  No  
Se puso amarillo (ictericia)  Sí  No  
Necesitó terapia de luz  Sí  No  
Estuvo hospitalizado más de 7 días  Sí  No

¿Por qué? \_\_\_\_\_

Defectos congénitos  Sí  No  
Nerviosismo  Sí  No  
¿Requirió atención especial poco después de nacer?  Sí  No

Favor de explicar (necesitó transfusión, oxígeno ,incubadora, medicamentos, etc.)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**D. Salud durante el primer mes de vida:**

En el primer mes tuvo:

Infecciones  Sí  No  
Náuseas, asfixia o vómitos con frecuencia  Sí  No  
Dificultad para succionar o alimentarse.  Sí  No

En el cuadro de abajo anote cualquier otra información importante sobre la salud de su niño al nacer:



**Cuestionario de ingreso de la  
Clínica Pediátrica de Trastornos  
de Conducta y Desarrollo**

Developmental Behavioral  
Pediatrics Clinic Intake  
Questionnaire

Lugar: \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Expediente núm.: \_\_\_\_\_  
CSN: \_\_\_\_\_

ASSESS  
CMC86012-001NS Rev. 10/2021

**Antecedentes de salud**

¿Quién es el médico de cabecera de su niño? \_\_\_\_\_

Anote nombre, especialidad, hospital o clínica donde labora y la dirección de cualquier otro médico que esté viendo a su niño.

Nombre del médico	Especialidad	Hospital o clínica	Dirección (si la tiene)
1.			
2.			
3.			
4.			

Lista de enfermedades diagnosticadas	
1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

¿Alguna vez han operado a su hijo?  Sí  No

¿de qué?: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez han hospitalizado a su hijo?  Sí  No

Incluya cualquier hospitalización psiquiátrica.

Fecha	Razón	¿Cuánto tiempo?

¿Ha tenido su niño alguno de estos problemas? **Ponga una marca si es así.**

Problemas de habla	
Problemas de visión o de los ojos	
Problemas para oír	
Problemas de motricidad fina	
Problemas de motricidad gruesa	
Problemas para comer o falta de hambre	
Alergias a alimentos	
Otras alergias	

Dolor de barriga frecuente	
Dolores fuertes de cabeza	
Infecciones de oído crónicas	
Pulmonía (neumonía)	
Meningitis	
Problemas de riñón	
Huesos rotos	
Problemas de vejiga	

Problemas intestinales	
Serious illness after immunizations	
Presión elevada	
Asma	
Convulsiones y otros problemas neurológicos	
Golpes en la cabeza o desmayos	
Tics de la voz o el cuerpo	
Problemas para dormir	



ASSESS  
CMC86012-001NS Rev. 10/2021

**CHILDREN'S HEALTH**  
**Cuestionario de ingreso de la  
Clínica Pediátrica de Trastornos  
de Conducta y Desarrollo**  
  
Developmental Behavioral  
Pediatrics Clinic Intake  
Questionnaire

Place a patient label on all sheets

Lugar: \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Expediente núm.: \_\_\_\_\_  
CSN: \_\_\_\_\_

Si respondió que sí a alguna de las preguntas anteriores, anote los detalles aquí:

¿Toma su niño algún medicamento regularmente?       Sí     No

Medicamentos	¿Para qué es el medicamento?	Medicamentos	¿Para qué es el medicamento?
1.		1.	
2.		2.	
3.		3.	
4.		4.	
5.		5.	

¿Ha sido atendido alguna vez su niño por un psicólogo, psiquiatra o consejero?

¿A qué edad y por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Cual fue el diagnóstico? \_\_\_\_\_

Indique si le han diagnosticado alguno de estos problemas:

ADD, AD / HD	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿A qué edad? _____	¿Quién se lo diagnóstico? _____
Discapacidad de aprendizaje	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿A qué edad? _____	¿Quién se lo diagnóstico? _____
Depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿A qué edad? _____	¿Quién se lo diagnóstico? _____
Ansiedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿A qué edad? _____	¿Quién se lo diagnóstico? _____
Autismo / Asperger	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿A qué edad? _____	¿Quién se lo diagnóstico? _____
Si su opción no aparece, anótela aquí: _____		¿A qué edad? _____	¿Quién se lo diagnóstico? _____





Lugar: \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Expediente núm.: \_\_\_\_\_  
CSN: \_\_\_\_\_

**Antecedentes de desarrollo:**

- ¿A qué edad empezó su niño...:
  - a sentarse sin ayuda? \_\_\_\_\_
  - a gatear? \_\_\_\_\_
  - a ponerse de pie sujetando algo? \_\_\_\_\_
  - a mantenerse de pie sin ayuda? \_\_\_\_\_
  - a caminar tomado de la mano? \_\_\_\_\_
  - a caminar solo? \_\_\_\_\_
  - a subir y bajar escaleras? \_\_\_\_\_
- a decir palabras sueltas que significaran algo? \_\_\_\_\_
- a juntar dos o más palabras? \_\_\_\_\_
- a juntar tres o más palabras? \_\_\_\_\_
- a formar oraciones? \_\_\_\_\_
- a usar gestos para comunicarse? \_\_\_\_\_
- a combinar gestos con palabras? \_\_\_\_\_
- usar su mano dominante? \_\_\_\_\_
- ¿qué mano empezó usar? \_\_\_\_\_

**Si su hijo tiene 5 años o menos:**

- ¿Más o menos cuántas palabras usa? \_\_\_\_\_
- ¿Cuánto entiende de lo que escucha? \_\_\_\_\_
- ¿Cuántas instrucciones puede seguir? \_\_\_\_\_
- ¿Cuánto entiende usted de lo que dice su hijo? \_\_\_\_\_
- ¿Cuánto entienden los demás de lo que dice su hijo? \_\_\_\_\_
- ¿Ya sabe hacer del baño?  Sí  No  
¿A qué edad aprendió? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene accidentes durante el día (se hace del baño)?  Sí  No  
¿Cada cuándo? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene accidentes de noche (se hace del baño)?  Sí  No  
¿Cada cuándo? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene problemas para dormir?  Sí  No  
(como no querer para irse a la cama, no poder dormir o despertarse de madrugada)  
¿Qué problema es? \_\_\_\_\_
- ¿Tiene problemas para comer?  Sí  No  
Anote qué problema es: \_\_\_\_\_
- ¿Qué juguetes o actividades le gustan? \_\_\_\_\_  
En caso afirmativo, con qué frecuencia: \_\_\_\_\_

**Antecedentes escolares:**

- ¿Fue su niño al kínder?  Sí  No  
¿A qué edad empezó el kínder?: \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_  
¿Tuvo algún problema en el kínder?: \_\_\_\_\_
- ¿Tuvieron que atender alguna necesidad especial de su hijo?  Sí  No  
¿A qué edad empezó el kínder?: \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_



**Questionario de ingreso de la  
Clínica Pediátrica de Trastornos  
de Conducta y Desarrollo**

Developmental Behavioral  
Pediatrics Clinic Intake  
Questionnaire

ASSESS  
CMC86012-001NS Rev. 10/2021

Lugar: \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Expediente núm.: \_\_\_\_\_  
CSN: \_\_\_\_\_

- ¿A qué edad entró al kínder?: \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_
- ¿Ha repetido grado?  Sí  No  
¿Qué grado? \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido que cambiar con frecuencia de escuela?  Sí  No  
En ese caso, ¿a cuántas escuelas ha ido? \_\_\_\_\_
- ¿En qué grado está ahora? \_\_\_\_\_
- Nombre de su escuela actual: \_\_\_\_\_
- ¿Ha recibido o está recibiendo alguno de estos servicios?:

Edad y grado en que los recibió

Terapia del habla y lenguaje	_____
Terapia física	_____
Terapia ocupacional	_____
Ayuda por discapacidad de aprendizaje	_____
Tutorías	_____
Consejería	_____
Si fue algo distinto, anótelo aquí: _____	

- ¿Ha estado en alguno de estos programas especiales? Elija los que necesite.

- Desarrollo preescolar
- Discapacidad emocional
- Discapacidad intelectual
- Clase para problemas de aprendizaje
- Múltiples discapacidades
- Discapacidad auditiva
- Discapacidad visual
- Si fue algo distinto, anótelo aquí: \_\_\_\_\_

**Si su niño tiene 5 años o más y va a la escuela, anote cómo le está yendo en estos campos.:**

	Problema grave	Por debajo del promedio	Promedio	Excelente
Lectura				
Deletrear (spelling)				
Matemáticas				
Escritura				
Comportamiento				
Educación Física				
Asistencia				
Participación en actividades				
Amistades				

Si tiene edad, ¿está en escuela vocacional?  Sí  No  No tiene edad



**Cuestionario de ingreso de la  
Clínica Pediátrica de Trastornos  
de Conducta y Desarrollo**

Developmental Behavioral  
Pediatrics Clinic Intake  
Questionnaire

ASSESS  
CMC86012-001NS Rev. 10/2021

Lugar: \_\_\_\_\_  
Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Expediente núm.: \_\_\_\_\_  
CSN: \_\_\_\_\_

¿Qué es lo que más le gusta de criar a su niño?

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

¿Qué es lo más difícil de criar a su niño?

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

Denos cualquier información que crea que nos ayudará a comprender mejor a su hijo.

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

**Gracias por tomarse el tiempo de responder este cuestionario. Favor de enviárnoslo junto con cualquier otro documento o informe pertinentes (incluidas evaluaciones psicológicas, neuropsicológicas, IEP, 504, ARD, etc.).**