



LAKE TAHOE UNIFIED SCHOOL DISTRICT

ESCUELAS UNIFICADAS DEL DISTRITO DE LAKE TAHOE

Health and Developmental Inventory

Reporte Del Desarrollo De Salud

Name (Nombre) _____ Birth Date (Fecha de nacimiento) _____

Child's position in family, such as 1st of 3, etc. (Posición del niño en la familia, como 1er de,3, etc.) _____

SIBLINGS (HERMANOS Y HERMANAS):

Name (Nombre) _____ Sex (Sexo) _____ Age/Grade (Edad/Grado) _____

Name (Nombre) _____ Sex (Sexo) _____ Age/Grade (Edad/Grado) _____

Name (Nombre) _____ Sex (Sexo) _____ Age/Grade (Edad/Grado) _____

MOTHER'S PRENATAL HISTORY (this child) HISTORIA de la MADRE en el EMBARAZO (de este niño(a)

Excessive nausea and vomiting (Mucho vomito/nausea) _____

Medications, Drugs, Alcohol taken, (Medicinas, Drogas, toma alcohol ? cuanto?) _____

Complications (Complicaciones):

Prenatal (Prenatal) _____

Delivery (Parto) _____

Postnatal (Después del parto) _____

Duration of Labor (Duración del Parto): _____

BIRTH HISTORY HISTORIA del NACIMIENTO :

Birth Weight (Peso) _____ Full-Term (Duracion del Emabarzo) _____

Premature (Prematuro) _____

Type of Delivery (Parto fue): Normal _____ Breech (Volteado) _____ Cesarean (Cesaria) _____

Complications at birth (Complicaciones al nacer): _____

EARLY DEVELOPMENT DESARROLLO PRINCIPAL:

What kind of baby was he/she? Describe briefly (¿Que clase de bebé fue? Explique brevemente.)

Problems (Problemas) _____

Age that child (Edad que empezó a):

Crawled (Gatear) _____ Sat Alone (Sentarse) _____ Walked (Caminar) _____

Toilet trained(Empezó tener control de): Bladder (Orinar) _____ Bowel (Movimiento intestinal) _____

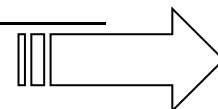
Fed him/herself (Alimentarse solo): _____

Spoke (Hablar): _____ First Word (Primer palabra) _____

2-3 Word Phrases (Combinar 2-3 palabras) _____ Sentences (Frases) _____

EAR INFECTION: How many since birth ? INFECCIONES DEL OIDO Cuantas infecciones desde nacer? :

Please complete back side (Por favor complete la segunda pagina)



HEALTH HISTORY (HISTORIA DE SALUD)

1. What serious health problems has he/she had, ie., Diabetes, Bronchitis, Food Allergies, etc. Give dates; state whether any lasting effects have been recognized (¿Qué problemas de salud ha tenido el niño(a) Diabetes, Bronquitis, Alergias de comida, etc.? Ponga las fechas y si los efectos han sido reconocidos: _____

2. List any operations. Give dates. (Lista de cirugías. Ponga fechas): _____

3. List any serious injuries including broken bones. Give dates. (Lista de accidentes serios incluyendo huesos quebrados. Ponga fechas): _____

4. Has he/she ever been unconscious or had fainting spells or convulsions? (¿Ha estado inconciente, desmayado, o ha tenido convulsiones?) _____

5. Was there any problem of vision, hearing, or speech? State which (¿Tiene algún problema de oír, visión o de hablar? Especifique lo que tiene.): _____

6. Was your child enrolled in a special preschool program? (¿Mi hijo(a) participa en un programa especial de pre-escuela) _____ Name of Program (¿Nombre del programa) _____

7. Did your child have behavior problems at preschool? (¿Mi hijo(a) se comporta mal en la pre-escuela)

8. What major life changes has your child already experienced? (¿Cuáles son los cambios más grandes que su niño(a) a conocido?)

Separation (Separación) _____

Hospitalization (Hospitalización) _____

Loss of family member (Muerte de algún miembro de la familia) _____

Birth of new baby (Nacimiento de algún hermano(a)) _____

Other (Otro) _____

ADDITIONAL COMMENTS (COMENTARIOS ADICIONALES):

Parent or Guardian's Signature (Firma del Padre O Tutor)

Date (Fecha)