

**CHICO UNIFIED SCHOOL DISTRICT
1163 E. SEVENTH ST., CHICO, CA 95928**

ESCUELA:	Telefono:	FAX:
----------	-----------	------

Triennial Health, Developmental, and Social History

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Primer Lenguaje en Casa: _____ Nivel _____

Historia Dada Por: _____ Relacion al nino _____ Fecha _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Codigo postal _____

Telefono de Casa:(_____) _____ Trabajo:(_____) _____ Celular:(_____) _____

Mejor # para usar:(_____) _____ Mejor tiempo para hablar:: _____

Nino/a vive con: Madre Padre Costodia Juntos Etnico del Nino: _____

Otros Adultos: (specify) _____, _____, _____, _____

Otros ninos en casa: (en orden de edad)

Nombre;	Fecha de Nacimiento	Relacion	Nivel	Dificultades en la Escuela

?Quien cuida el nino diariamente? _____

Familia vive en: Casa vivienda Apartamento Motel Otro:(specify): _____

Medical Corriente::

Tienen seguro de Enfermedad? Privado Familias Saludable MediCal CalOptima Medical de Emergencia Nada

?Seguro de Dientes?: Si No ?Seguro de Vision? Si No

Nombre de su Doctor:: _____ Ciudad: _____ Telefono: _____

Ultimo dia de: Doctor's visit: _____ Examen Dental: _____ Examen de Ojos: _____

Condiciones medicas diagnosticadas este ano? Si No Explice: _____

Medicinas tomadas regularmente? Si No Nombre de medicinas y la razon que se toman

Alergias: (Comidas, medicinas, medio ambiente, otro): Ningun Si Explice _____

La Alergia es Amenazante? Si No Necesita EpiPen Si No Se necesita un Antihistamine: Si No

Ha visto un especialista su nino/a estse ano? Si No Especialista/Especialidad: _____

Especialista/Especialidad: _____ Especialista/Especialidad: _____

En este ano ha tenido su nino/a condiciones serias de medicamento? : Si No

Por favor explique: _____

Habitos: Marce codo lo que aplice a su nino/a **ahora:**

- Celos Muerde Unas Se Cansa Facilmente Muy Timido Pesadillas Problemas Dormiendo
Irritable Problemas Disiplinar Muy Activo Actividad Baja Emocional Berrinches
Desatento Poca Atencion Dificultad En Lenguaje Muecas Temores Especiales: _____
Estenimiento Orina Cama Accidentalmente Se Orina Durante el Dia Ensucia Los Pantalones
Mal Apetito Come tierra O pintura Camina de Puntas Detiene el Resuello Se Accidenta
Mal Coordinacion Chupandose Los Dedos Mesiando O Golpiandose la Cabeza Pelea Con Otros Ninos/as

Historia Social:

- ?Donde duerme su nino/a? (Marce lo que aplice) Propio Cuarto Propia Cama Comparte Cuarto
Comparte Cama Otro

Describe las actividades/responsabilidades en casa que tiene su hijo/a: _____

Describe las actividades afuera de casa (equipos, clube, trabajo, etc.) _____

?Cuantas horas de television ve su nino/a al dia? _____ horas

?Cuanta Actividad fisica hace su nino/a afuera de la escueal diariament? _____ horas

?Que hace su nino/a son su tiempo libre? _____

?Su nino/a tiene otros ninos/as con quien jugar? Si No

Su nino/a tiene dificultades con otros ninos/as de su edad? Si No

O dificultades con Adultos? Si No Porfavor Explice : _____

Hay problemas en la familia corrientemente que afecte su nino/a como:

- Tencion Emocional: Si No Financial stress: Si No
Separacion de Padres: Si No Fallicimiento en la Familia: Si No

Otro: _____

Nutricion:

De los 7 dias a la semana, cuantos hace su nino/a:

Desayuna: _____ De 7 dias Almuerza: _____ De 7 dias Come Golosinas: _____ De 7 dias

Come fuera de Casa: _____ De 7 dias Come Comidas Hechas en Casa: _____ De 7 dias

Come Aunquesea 1 fruta : _____ De 7 dias Come Aunque 1 vegetable: _____ De 7 dias

Cuantas veces se sepilla cos dientes? Una vez al dia 2 veces al dia Ocacionalmente

Los dientes se sepillan: Independiente Con ayuda

Cuantas veces se Cardarse los dientes? Todavia No Una vez al dia 1-2 veces por semana

Cuando se le atora la comida

Tiene alguna inquietude de su nino/a? _____

Que le da alegria de su nino/a? _____