



Cecil R. Reynolds, PhD • Randy W. Kamphaus, PhD

Historia estructurada del desarrollo SDH

Formato Cuestionario Entrevista

Nombre del entrevistador/profesional clínico _____ Fecha _____

Nombre del niño(a) _____ Sexo Masculino Femenino

Dirección _____ Teléfono _____

Escuela _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del maestro(a) _____ Edad _____

Nombre del maestro(a) _____ Grado _____

¿Cuál es el primer idioma del niño(a)? _____ ¿Esta referencia tiene relación con algún tipo de

¿Cuál es el segundo idioma del niño(a)? _____ procedimiento legal o judicial? No Sí

INSTRUCCIONES: *Por favor, conteste todas las preguntas lo mejor que pueda, incluso las que parezcan no aplicarse a su caso. Si no comprende algún ítem, por favor, pídale ayuda a la persona que le dio este cuestionario.*

Notas

Persona entrevistada

Nombre _____

Relación con el niño/la niña _____

Dirección _____

Teléfono en casa _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono celular _____

Información de derivación o referencia al servicio

¿Por qué está buscando ayuda para el niño/la niña? _____

¿Quién le refirió a nuestro servicio? _____

¿Qué servicios busca para el niño/la niña (por ejemplo, cambio de ubicación en la escuela, terapia, evaluación psicológica, evaluación de la custodia, etc.)? _____

Padres

Nombre de la madre _____ ¿Madrastra? No Sí
 Dirección _____ Edad _____

Teléfono en casa _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono celular _____

Ocupación _____ Empleador/Lugar de trabajo _____

¿Cuánto tiempo lleva en su trabajo actual? _____ ¿Cuál es el grado de estudios más alto completado? _____

Primer idioma _____ Segundo idioma _____

Nombre del padre _____ ¿Padrastra? No Sí

Dirección _____ Edad _____

Teléfono en casa _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono celular _____

Ocupación _____ Empleador/Lugar de trabajo _____

¿Cuánto tiempo lleva en su trabajo actual? _____ ¿Cuál es el grado de estudios más alto completado? _____

Primer idioma _____ Segundo idioma _____

¿Tiene su niño(a) otro padre, otra madre u otros padrastros? No Sí

En caso afirmativo, por favor, provea la siguiente información.

Nombre _____ Edad _____

Relación con el niño/la niña _____ Teléfono _____ Casa Celular Trabajo
Seleccione uno

Dirección _____

Nombre _____ Edad _____

Relación con el niño/la niña _____ Teléfono _____ Casa Celular Trabajo
Seleccione uno

Dirección _____

Personas principales encargadas del niño(a)

Por favor nombre todos los adultos que viven con el niño(a). _____

¿Cuánto tiempo lleva viviendo en esta situación? _____

Por favor, provea la siguiente información sobre las personas principales encargadas del niño, si no la ha dado anteriormente.

Nombre _____ Relación con el niño/la niña _____

Dirección _____ Edad _____

Teléfono en casa _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono celular _____

Ocupación _____ Empleador/Lugar de trabajo _____

¿Cuánto tiempo lleva en su trabajo actual? _____ ¿Cuál es el grado de estudios más alto completado? _____

Idioma materno _____ Segundo idioma _____

Nombre _____ Relación con el niño/la niña _____
 Dirección _____ Edad _____
 Teléfono en casa _____ Teléfono del trabajo _____ Teléfono celular _____
 Ocupación _____ Empleador/Lugar de trabajo _____
 ¿Cuánto tiempo lleva en su trabajo actual? _____ ¿Cuál es el grado de estudios más alto completado? _____
 Idioma materno _____ Segundo idioma _____

Cuidado infantil

Si las personas principales encargadas del niño(a) trabajan fuera de la casa, por favor, provea la siguiente información.

¿Quién cuida al niño(a) cuando las personas principales encargadas están fuera? _____
 ¿Durante cuántas horas al día está el niño/la niña en este arreglo de cuidado infantil? _____
 ¿Cuántas personas diferentes se encargan del niño(a)? (Por favor, explique) _____

Historia familiar

¿Está el niño/la niña más apegado a uno de los dos padres? No Sí
 Si la respuesta es sí, ¿a cuál de los dos? _____
 ¿Tiene experiencia el niño/la niña con algún tipo de separación, divorcio o muerte de los padres? No Sí
 Si la respuesta es sí, ¿cuándo fue? _____ ¿Qué edad tenía el niño/la niña en ese momento? _____
 Por favor, describa las circunstancias. _____
 Si los padres están separados o divorciados, ¿quién tiene la custodia del niño(a)? _____
 ¿Con qué frecuencia ve el otro padre al niño(a)? (Marque una opción)
 Semanalmente o más a menudo Una o dos veces al mes Varias veces al año Nunca

Hermanos/hermanas

Por favor, anote todos los hermanos o hermanas, y cualquier otro niño(a) que viva con la familia.

Edad	Sexo	Relación con el niño/la niña	¿Viven en la casa?

¿Cómo se lleva el niño/la niña con su(s) hermano(s) y hermana(s)? _____

Residencia del niño(a) (Marque uno)

Apartamento Casa Otro _____ ¿Cuánto tiempo lleva en la residencia actual? _____

Relaciones familiares

Notas

Marque las actividades en las que participa frecuentemente el niño/la niña junto con la familia.

- Ver películas Comidas Conversaciones Visitas a los parientes Ir a la iglesia
 Juegos Deportes Viajes Ver televisión Otro

Idioma que se habla en casa _____

¿Con qué frecuencia ve el niño/la niña a sus abuelos(as)? (Marque uno)

- Semanalmente o más frecuentemente Una o dos veces al mes Algunas veces al año
 Nunca No vive ninguno de los abuelos(as)

¿Qué es lo que más le gusta del niño(a)? _____

¿Qué es lo que le resulta más difícil de criar al niño(a)? _____

¿Qué le gustaría que fuera el niño/la niña cuando crezca? _____

¿Qué grado de educación espera que complete el niño/la niña? (Marque uno)

- Escuela superior, preparatoria o su equivalente Escuela técnica o vocacional
 Universidad o su equivalente Leyes, medicina, otros estudios avanzados

¿Quién se encarga de la disciplina en casa? _____

¿Están de acuerdo todas las personas a cargo del niño(a) con el tipo de disciplina? _____

Describe las técnicas de disciplina. _____

Embarazo

¿Fue un embarazo planeado? No Sí

¿Estuvo la madre bajo cuidado médico? No Sí

Número de embarazos anteriores/abortos espontáneos _____

Marque cualquiera de las siguientes complicaciones que ocurrieron durante el embarazo.

- Dificultad para concebir Toxemia Aumento de peso anormal
 Sarampión Vómitos excesivos Rubéola
 Hinchazón excesiva Problemas emocionales Sangrado vaginal
 Gripe/Gripa Anemia Presión arterial alta
 Otro (Incompatibilidad del Rh, etc.) _____

Madre se lesionó: Describa _____

Hospitalización durante el embarazo: Razón _____

Rayos X durante el embarazo: ¿En qué mes? _____

Medicamento durante el embarazo: ¿De qué tipo? _____

Bebió alcohol durante el embarazo: Frecuencia _____

Fumó tabaco durante el embarazo: Frecuencia _____

Otras drogas usadas durante el embarazo:

Tipo	Frecuencia	Receta médica	
		No	Sí
_____	_____	No	Sí
_____	_____	No	Sí
_____	_____	No	Sí

Nacimiento

¿Qué edad tenía la madre cuando nació el niño/la niña? _____ ¿Qué edad tenía el padre? _____

¿Qué edad tenía la madre cuando tuvo su primer hijo/primer hija? _____

¿Nació en el hospital? Sí No Si no, ¿dónde nació? _____

Duración del embarazo: _____ semanas Peso al nacer: _____ lb _____ oz _____ kg _____ g

Duración del parto: _____ horas Puntuación Apgar _____

Condición del niño(a) al nacer _____

Condición de la madre _____

Marque cualquiera de las siguientes complicaciones que hayan ocurrido durante el parto.

- Uso de fórceps Parto de nalgas Parto inducido/provocado Parto por cesárea
- Otras complicaciones durante el parto: Describa _____

Incubadora: ¿Cuánto tiempo? _____

Ictericia: ¿Necesitó bililuces (fototerapia)? No Sí
Si la respuesta es sí, ¿por cuánto tiempo? _____

Problemas respiratorios justo después de nacer: Describa _____

¿Necesitó oxígeno? No Sí Si la respuesta es sí, ¿por cuánto tiempo? _____

¿Se usó anestesia durante el parto? No Sí Si la respuesta es sí, ¿de qué tipo? _____

Duración de la estancia en el hospital: Madre: _____ días Niño(a): _____ días

Desarrollo

¿A qué edad hizo por primera vez el niño/la niña lo siguiente? Por favor, indique los meses o años de edad.

_____	Voltearse/Darse vuelta	_____	Bajar escaleras
_____	Sentarse por sí mismo(a)	_____	Mostrar interés o sentirse atraído(a) por sonidos
_____	Gatear	_____	Comprender las primeras palabras
_____	Ponerse de pie (pararse)	_____	Decir las primeras palabras
_____	Caminar por sí mismo(a)	_____	Hablar usando frases
_____	Subir escaleras		

¿Fue amamantado(a)? No Sí ¿A qué edad se le dejó de dar pecho? _____

¿Se crió con biberón/tetera/tetero/mamila/botella/bibí? No Sí ¿Cuándo dejó el biberón? _____

¿Cuándo dejó los pañales? de día: _____ de noche: _____

¿Se orinaba en la cama después de dejar los pañales? No Sí

Si la respuesta es sí, ¿hasta qué edad? _____

¿Se ensuciaba en la cama después de dejar los pañales? No Sí

¿Hubo razones médicas para orinarse o ensuciarse en la cama? No Sí Si la respuesta es sí, por favor, describa.

¿Ha sufrido el niño/la niña alguno de los siguientes problemas? Si la respuesta es sí, por favor, describa.

- Dificultad al caminar No Sí _____
- No habla con claridad No Sí _____
- Problemas de alimentación No Sí _____
- Problemas de poco peso No Sí _____
- Problemas de sobrepeso No Sí _____
- Cólicos No Sí _____
- Problemas para dormir No Sí _____
- Trastorno alimenticio No Sí _____
- Dificultad para aprender a montar en bicicleta No Sí _____
- Dificultad para aprender a saltar No Sí _____
- Dificultad para aprender a lanzar o atrapar pelotas/bolas No Sí _____

Durante los primeros 4 años, ¿notó algún problema especial en alguna de las siguientes áreas?
Si la respuesta es sí, por favor, describa.

- Comer No Sí _____
- Coordinación motora No Sí _____
- Demasiadas horas durmiendo No Sí _____
- Berrinches No Sí _____
- Pocas horas durmiendo No Sí _____
- Fallos en el desarrollo No Sí _____
- Separado(a) de los padres No Sí _____
- Llanto excesivo No Sí _____

¿Qué mano usa para escribir o dibujar? _____

¿Y para comer? _____ ¿Otro (lanzar, etc.)? _____

¿Ha sido forzado(a) a cambiar de mano para escribir? No Sí

Historial médico

Enfermedades o lesiones infantiles

Por favor, marque las enfermedades que haya tenido el niño/la niña, e indique la edad (años/meses).

- Sarampión _____
- Rubéola _____
- Paperas _____
- Varicela _____
- Tuberculosis _____
- Tos ferina _____
- Escarlatina (fiebre escarlata) _____
- Lesión en la cabeza: Describa _____
- Coma o cualquier pérdida del conocimiento: Describa _____
- Fiebre alta constante: Describa _____
- Fiebre reumática _____
- Difteria _____
- Meningitis _____
- Encefalitis _____
- Anemia _____
- Fiebre superior a 104° F (40° C) _____
- Huesos rotos _____

Por favor, describa cualquier otra enfermedad grave u operación:

Enfermedad/Operación	Edad
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Ha tomado alguna vez el niño/la niña medicamentos durante seis meses o más? No Sí

Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _____ ¿De qué tipo? _____

Por favor, indique si el niño/la niña sufre actualmente alguno de los siguientes trastornos.

Si la respuesta es sí, indique con qué frecuencia.

Problemas respiratorios

Resfriados frecuentes No Sí _____

Tos crónica No Sí _____

Asma No Sí _____

Fiebre del heno No Sí _____

Sinusitis No Sí _____

Problemas cardiovasculares

Falta de respiración o mareo después de esfuerzo físico No Sí _____

Actividad limitada por condición cardíaca No Sí _____

Soplo en el corazón/murmullo cardíaco No Sí _____

Problemas gastrointestinales

Vómitos excesivos No Sí _____

Diarrea frecuente No Sí _____

Estreñimiento No Sí _____

Dolor de estómago No Sí _____

Problemas genitourinarios

Se orina en los pantalones o en la cama No Sí _____

Dolor al orinar No Sí _____

Orina con frecuencia excesiva No Sí _____

Orina con olor fuerte No Sí _____

Problemas musculoesqueléticos

Dolor muscular No Sí _____

¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____

Caminar torpe No Sí _____

Mala postura No Sí _____

Otros problemas musculares No Sí Si la respuesta es sí, describa. _____

Problemas de la piel

Salpullidos frecuentes No Sí _____

Le salen moretones/cardelanes/magulladuras fácilmente No Sí _____

Llagas No Sí Si la respuesta es sí, describa. _____

Acné severo No Sí _____

Comezón (eccema) No Sí _____

Problemas neurológicos

Ataques o convulsiones No Sí Si la respuesta es sí, describa. _____

Defectos del habla No Sí _____

Propenso(a) a accidentes No Sí _____

Se muerde las uñas No Sí _____

Se chupa el dedo No Sí _____

Rechina los dientes No Sí _____

Tiene tics nerviosos No Sí _____

Se golpea la cabeza No Sí _____

Se mece No Sí _____

Se ensucia en los pantalones o en la cama No Sí _____

¿Ha tomado el niño/la niña medicamentos para aumentar su actividad? No Sí

Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _____ ¿Qué medicamento? _____

¿Ha tomado el niño/la niña medicamentos para tranquilizarse? No Sí

Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _____ ¿Qué medicamento? _____

¿Ha tomado alguna vez el niño/la niña medicamentos para el trastorno por déficit de atención (ADD), trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD) o trastornos similares? No Sí

Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _____ ¿Qué medicamento? _____

Alergias

Alergia a medicamentos No Sí Si la respuesta es sí, describa. _____

Alergia a comidas No Sí Si la respuesta es sí, describa. _____

Otras alergias No Sí Si la respuesta es sí, describa. _____

Problemas del habla

Tartamudeo No Sí _____

No habla con claridad No Sí _____

Otros problemas del habla No Sí _____

Fecha del examen del habla más reciente _____

Problemas de audición

Infecciones del oído No Sí _____

Problemas de audición No Sí _____

Tubos en los oídos No Sí _____

Fecha del último examen de la audición _____

Problemas de la vista

Problemas de la vista No Sí _____

Usa gafas o lentes de contacto No Sí _____

Fecha del último examen de la vista _____

Cuidado médico

Nombre del médico del niño(a) _____ Teléfono _____

¿Con qué frecuencia va al doctor? _____ Fecha de la última visita _____

¿Está el niño/la niña tomando algún medicamento actualmente? No Sí

Si la respuesta es sí, indique el tipo y la razón _____

¿Ha sufrido el niño/la niña alguna vez abuso físico o sexual? No Sí

Si la respuesta es sí, converse al respecto con la persona que le entregó este formulario.

¿Ha recibido el niño/la niña terapia o tratamiento psicológico alguna vez? No Sí

Si la respuesta es sí, nombre del consejero _____

Dirección _____

Teléfono _____

Tipo de consejería/terapia _____

¿Cuándo? _____

¿Le han hecho al niño(a) algún examen neurológico? No Sí

Si la respuesta es sí, nombre del neurólogo _____

Ciudad _____ Fecha del examen _____

Razón del examen _____

¿Le han hecho al niño(a) algún examen psicológico o psiquiátrico? No Sí

Si la respuesta es sí, nombre del doctor _____

Ciudad _____ Fecha del examen _____

Razón del examen _____

Salud familiar

¿Ha sufrido algún miembro de la familia alguno de los siguientes problemas? Si la respuesta es sí, por favor, especifique la relación de esa persona con el niño/la niña. Si el niño/la niña no vive con sus padres biológicos, por favor incluya la información disponible sobre la salud de los mismos.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cáncer _____ | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta _____ |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis quística _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes _____ | <input type="checkbox"/> Migraña _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad coronaria _____ | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple _____ |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad física _____ | <input type="checkbox"/> Abuso de drogas o alcohol _____ |
| <input type="checkbox"/> Embolia o Ataque cardíaco _____ | <input type="checkbox"/> Trastornos de la conducta _____ |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis _____ | <input type="checkbox"/> Trastornos emocionales _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental _____ |
| <input type="checkbox"/> Hemofilia _____ | <input type="checkbox"/> Retraso mental _____ |
| <input type="checkbox"/> Corea de Huntington _____ | <input type="checkbox"/> Nerviosismo _____ |
| <input type="checkbox"/> Distrofia muscular _____ | <input type="checkbox"/> Convulsiones o ataques de epilepsia _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson _____ | <input type="checkbox"/> Problemas de lectura _____ |
| <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes _____ | <input type="checkbox"/> Otros impedimentos de aprendizaje _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tay-Sachs _____ | <input type="checkbox"/> Problema del habla o del lenguaje _____ |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Tourette _____ | <input type="checkbox"/> Alergia a alimentos _____ |
| <input type="checkbox"/> Defecto de nacimiento _____ | <input type="checkbox"/> Lesión cerebral severa _____ |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral _____ | <input type="checkbox"/> Otro: Describa _____ |

Describa el estado de salud actual del padre. _____

Describa el estado de salud actual de la madre. _____

¿Ha estado alguien de la familia en educación especial? No Sí

Si la respuesta es sí, ¿quién? _____ ¿Qué tipo de educación? _____

Amistades

Por favor, indique cómo se relaciona el niño/la niña con otros niños(as).

Tiene problemas relacionándose o jugando con otros niños(as) No Sí

Si la respuesta es sí, describa. _____

Se pelea frecuentemente con otros niños(as) No Sí _____

Prefiere jugar con niños(as) más pequeños(as) No Sí _____

Le cuesta trabajo hacer amigos(as) No Sí _____

Prefiere jugar solo(a) No Sí _____

¿Hay otros niños(as) en el vecindario con los que podría jugar? No Sí _____

¿Qué papel juega el niño/la niña en juegos de grupo (por ejemplo, líder, seguidor, etc.)? _____

Por favor, indique si alguno de los amigos(as) del niño(a) realiza cualquiera de las siguientes actividades.

Notas

Fuma cigarrillos	No	Sí	Mastica tabaco	No	Sí
Inhala sustancias tóxicas (por ejemplo, pintura, thinner)	No	Sí	Bebe cerveza, vino o licor	No	Sí
Usa drogas ilegalmente (por ejemplo, marihuana, cocaína, medicamentos que han sido recetados para alguien más)	No	Sí			

Recreación/Intereses

¿Qué actividades le gustan al niño(a)?

Deportes: _____

Hobbies/Pasatiempos: _____

Otros: _____

¿Ha disminuido últimamente el interés del niño(a) en participar en estas actividades? No Sí

Si la respuesta es sí, describa. _____

Conducta/Comportamiento/Temperamento

Por favor, indique si el niño/la niña muestra cualquiera de las siguientes conductas:

Se sobreexcita fácilmente en el juego	No	Sí	Parece que tiene demasiada energía en el juego	No	Sí
Tiene un corto período de atención	No	Sí	Parece impulsivo(a)	No	Sí
No tiene autocontrol	No	Sí	Reacciona exageradamente ante los problemas	No	Sí
Parece triste la mayor parte del tiempo	No	Sí	Parece estar incómodo(a) al conocer gente nueva	No	Sí
No demuestra afecto	No	Sí	Requiere de mucha atención de los padres	No	Sí
Esconde sus sentimientos	No	Sí	No es capaz de tranquilizarse	No	Sí
Tiene temores	No	Sí	Si la respuesta es sí, describa. _____		

¿Qué hace enojar al niño(a)? _____

Historial escolar

Preescolar y guardería

¿Asiste o asistió al preescolar/guardería? No Sí ¿A qué edad? _____

Cantidad de tiempo diario _____ Días por semana _____

¿Algún problema en el preescolar? No Sí Si la respuesta es sí, describa. _____

¿Asiste o asistió el niño/la niña al jardín infantil (kínder)? No Sí

¿Algún problema en el jardín infantil (kínder)? No Sí Si la respuesta es sí, describa. _____

Escuela primaria o secundaria o sus equivalentes

Por favor, indique si el niño/la niña ha tenido alguna de las siguientes experiencias escolares:

Ha cambiado de escuela por razones distintas a un progreso académico normal No Sí

Si la respuesta es sí, ¿cuándo y por qué? _____

Ha repetido algún año escolar No Sí Si la respuesta es sí, ¿cuándo y por qué? _____

Se ha saltado un año escolar No Sí Si la respuesta es sí, ¿cuándo y por qué? _____

Tiene dificultades con la lectura No Sí Si la respuesta es sí, describa. _____

Tiene dificultades con las matemáticas No Sí Si la respuesta es sí, describa. _____

Obtiene malas calificaciones No Sí Describa los resultados de sus últimas calificaciones. _____

Ha sido evaluado(a) para educación especial No Sí Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _____

Actualmente va a clases de educación especial No Sí

Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de clases? _____ Horas al día _____

No le gusta ir a la escuela No Sí

Frecuentemente falta a la escuela No Sí Si la respuesta es sí, ¿por qué? _____

Si está en la escuela secundaria o su equivalente, ¿cuándo se graduará? _____

Le preocupa la calidad de la escuela o de los maestros del niño(a)? No Sí

Si la respuesta es sí, describa. _____

Comentarios adicionales



PsychCorp is an imprint of Pearson Clinical Assessment.
Pearson Executive Office 5601 Green Valley Drive Bloomington, MN 55437
800.627.7271 www.PearsonClinical.com

Copyright © 2015 NCS Pearson, Inc. All rights reserved. Portions of this work were previously published.

Warning: No part of this publication may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopy, recording, or any information storage and retrieval system, without permission in writing from the copyright owner.

Pearson, the PSI logo, PsychCorp, and BASC are trademarks in the U.S. and/or other countries of Pearson Education, Inc., or its affiliate(s).

Printed in the United States of America.