

Pediatric Questionnaire
(Cuestionario Pediátrico)**Please write in ink (pen)**
(Favor escribir con bolígrafo)**Date:** _____
(Fecha:)**Child's Name:** _____
(Nombre del niño(a)-Marque solo uno:) **Male**
(Masculino) **Female**
(Femenino)**Place of Birth:** _____ **Date of Birth:** _____
(Lugar de Nacimiento:) (Fecha de Nacimiento:)**Race of Child (Check one):**
(Raza del Niño(a) - Marque solo una) **Caucasian** **African-American** **Asian** **Native American** **Other:** _____
(Caucásico) (Africano Americano) (Asiático) (Indio Americano) (Otra:)**Ethnicity:** _____
(Etnicidad:)**Name of Person Completing Questionnaire:** _____
(Nombre de la persona que está completando este cuestionario:)**Relationship to child:** _____
(Parentesco con el Niño-a:)**Home Address:** _____
(Dirección de Habitación:)**Home Phone:** _____
(Teléfono de Habitación:)**Parent's Name(s):** _____ **Father:** _____ **Mother:** _____
(Nombres de los padres:) (Padre:) (Madre:)**Home Phone:** _____ **Business Phone:** _____
(Teléfono de Habitación:) (Teléfono de Oficina:)**Child's Psysician's Name:** _____
(Nombre del Médico del niño(a):)**Physician's Address:** _____
(Dirección del Médico del niño-a:)**Physician's Phone:** _____
(Teléfono del Médico del niño-a:)**Date of Child's Last Physical Exam:** _____
(Fecha del último examen médico del niño)**Chief Problem:** _____
(Problema principal)

Family Background
(Historia Familiar)

Please list all siblings or other children currently living in the home
(Por favor, enliste todos los niños que viven en su casa)

Name (Nombre)	Sex (Sexo)	Age (Edad)	Grade (Grado)	Birthweight (Peso al nacer)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

This child is (check one):
(El niño(a) es -Marque solo uno)

Natural (Natural)
 Adopted (Adoptado)
 Foster Child

With whom does this child live at the present time? (include parents, brothers, sisters, grandparents, friends, etc.)
(¿Con quién vive el niño(a) actualmente? -incluya padres, hermanos, abuelos, amigos, etc.)

What language is used at home? _____
¿Qué idioma se habla en casa?

What is mother's education? _____
¿Qué nivel de educación tiene la madre?

What is mother's occupation? _____
¿Cuál es la ocupación de la madre?

What is father's education? _____
¿Qué nivel de educación tiene el padre?

Current marital status (check one):
(Estado civil actual - marque solo uno)

Married, living together in the home (Casado-a, viviendo juntos)
 Married, living apart (Casado-a, viviendo separados)
 Separated (Separado-a)
 Divorced (Divornado-a)
 Widowed (Viudo-a)
 Single (Soltero-a)
 Other: _____ (Otro)

Current Family Income:
(Ingreso familiar actual:)

From Father: _____ **From Mother:** _____
(Del padre:) (De la madre:)

Public Aid: _____
(De la asistencia pública:)

Please list anybody in the family who is left-handed or mixed-handed.

(Enliste todos las personas en la familia que son zurdos o que pueden usar ambas manos con la misma facilidad-ambidiestros)

Please list anybody in the family with academic problems in school:

(Enliste las personas en la familia con problemas académicos en la escuela:)

Person (parents, grandparents, brothers, sisters, uncles, aunts, etc.)

(Persona-padres, abuelos, hermanos, hermanas, tíos, tías, etc.)

Problem (language, reading, writing, spelling, Math, foreign languages, etc.)

(Problema: lenguaje, lectura, escritura ortografía, Matemáticas, idiomas extranjeros, etc.)

Please list anybody in the family with other problems:

(Enliste las personas en la familia con otros problemas:)

Person (parents, grandparents, brothers, sisters, uncles, aunts, etc.)

(Persona-padres, abuelos, hermanos, hermanas, tíos, tías, etc.)

Problem (overactive, restless)

(Problema: impaciente, agitado, hiperactivo)

List anybody in the family who has suffered from:

(Enliste los miembros de la familia que han sufrido de:)

Family Member

(Miembro de la Familia)

Seizures/Epilepsy

(Ataques/Epilepsia)

Other Neurological Diseases or Disorders

(Otras enfermedades o trastornos neurológicos)

Emotional Problems

(Problemas Emocionales)

Mental Retardation

(Retraso Mental)

Pregnancy History
(Historia del Embarazo)

Did the child's mother have a special diet during pregnancy? (circle one) **Yes** **No**
(¿La madre del niño(a) tuvo una dieta especial durante el embarazo?) (Marque uno) (Si) (No)

If yes, please check the following that apply to you:
(Si la respuesta es "Si", marque todos los que apliquen:)

Salt-Free **Low Calorie** **Other:** _____
(Sin sal) (Baja en calorías) (Otra:)

Did the child's mother have any illnesses or complications while carrying the child? (circle one) **Yes** **No**
(¿La madre del niño(a) tuvo alguna enfermedad o complicaciones durante el embarazo?) (Si) (No)
(Marque solo uno)

If yes, please check the following which apply to you:
(Si la respuesta es "Si", marque todos los que apliquen)

<input type="checkbox"/> Rash (Salpullidos o erupciones)	<input type="checkbox"/> Toxemia (Toxemia)	<input type="checkbox"/> Headaches (Dolores de cabeza)	<input type="checkbox"/> Convulsions (Convulsiones)	<input type="checkbox"/> Marked Swelling of Hands/Feet (Inflamación notable de manos/pies)
<input type="checkbox"/> Infections (Infecciones)	<input type="checkbox"/> Very Puffy Face (Cara muy inflamada)	<input type="checkbox"/> Abdominal Pains (Dolores abdominales)	<input type="checkbox"/> High Blood Pressure (Hipertension)	<input type="checkbox"/> Measles (Sarampión)
<input type="checkbox"/> Diabetes (Diabetes)	<input type="checkbox"/> Dizzy Spells (Ataques de vertigo)	<input type="checkbox"/> Blurred Vision (Visión borrosa)	<input type="checkbox"/> Other (specify): _____ Otros (especifique):	

Did the child's mother take any medications or drugs during pregnancy? (Circle one) **Yes** **No**
(¿La madre del niño(a) tomó alguna medicación o consumió drogas durante el embarazo? - Marque solo uno) (Si) (No)

If yes, please circle those of the following which apply to you:
(Si la respuesta es "Si", marque todos los que apliquen)

The medication was taken to... (La medicación se tomó para...)	Name of Drug (Nombre de la droga)	Started in which month of pregnancy? (¿En qué mes del embarazo empezó)	How Long? Cuánto tiempo?
<input type="checkbox"/> Control nausea (Controlar náuseas)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Control Fluid Retention (Controlar retención de líquidos)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Control diet or weight (Controlar la dieta o el peso)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Help you sleep (Inducir el sueño)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Help you stay awake (Mantenerse despierto)	_____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Help relieve nervousness or anxiety (Aliviar el nerviosismo o ansiedad)	_____	_____	_____

Did the mother smoke tobacco during this pregnancy? (circle one) **Yes** **No**
(¿La madre fumó tabaco o cigarro durante este embarazo?) (Marque solo uno) (Si) (No)

If yes, circle the month(s) in which smoking occurred:

(Si la respuesta es "Si", indique el mes o los meses durante los cuales la madre fumo:)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Did the mother drink alcohol during this pregnancy? (circle one) **Yes** **No**
(¿La madre tomó alcohol durante este embarazo?) (Marque solo uno) (Si) (No)

If yes, circle the month(s) in which drinking occurred:

(Si la respuesta es "Si", indique el mes o los meses durante los cuales la madre tomó alcohol:)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Did the mother take aspirin-containing drugs during this pregnancy? (circle one) **Yes** **No**
(¿La madre tomó drogas que contuvieran aspirina durante este embarazo?) (Marque solo uno) (Si) (No)

If yes, circle the month(s) in which drinking occurred:

(Si la respuesta es "Si", indique el mes o los meses durante los cuales la madre tomó drogas a base de aspirina:)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Did the mother drink coffee during this pregnancy? (circle one) **Yes** **No**
(¿La madre tomó café durante este embarazo?) (Marque solo uno) (Si) (No)

If yes, circle the month(s) in which drinking occurred:

(Si la respuesta es "Si", indique el mes o los meses durante los cuales la madre tomó café:)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Did the mother have severe emotional stress prior to, during, or after this pregnancy? **Yes** **No**
(¿La madre sufrió stress emocional severo durante este embarazo?) (Marque solo uno) (Si) (No)

If yes, describe the stressful event(s) and when they occurred:

(Si la respuesta es "Si", describa el evento (o los eventos) que causaron ansiedad y cuando sucedieron)

Was the mother exposed to x-rays shortly before or during pregnancy? **Yes** **No**
(¿La madre estuvo expuesta a radiografías poco antes o durante este embarazo?) (Si) (No)

If yes, circle the month(s) when x-ray exposure occurred:

(Si la respuesta es "Si", indique el mes o los meses en los cuales la madre estuvo expuesta a radiografías:)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Birth History
(Historia del Nacimiento)

Please describe any problems noted by you or your doctor...

Describe problemas notados por Ud. o su doctor...

With the pregnancy: _____

(Con el embarazo:)

During labor: _____

(Durante el parto:)

At the time of delivery: _____

(Inmediatamente después del parto:)

Was the child full-term (born at the expected time)?

(¿Nació el niño(a) a término - al noveno mes?)

Age of mother at time of delivery? _____

(Edad de la madre cuando nació el niño-a)

Age of father at time of delivery? _____

(Edad del padre cuando nació el niño(a))

Was the baby term or premature? (Circle one)

(¿El niño(a) nació a término o prematuro?) (Marque solo uno)

Term

(A término)

Premature

(Prematuro)

Birthweight of baby: _____

(Peso del niño(a) al nacer)

Length of baby at birth: _____

(Cuánto midió el niño(a) al nacer)

Was any medication given to them other during labor or delivery? (Circle one)

(¿La madre recibió alguna medicina o droga durante el parto?) (Marque solo uno)

Yes

No

(Si)

(No)

If yes, please check below that which applies following:

(Si la respuesta es "Si", marque todas las que apliquen)

Local Anesthesia

(e.g., Caudal, spinal, saddleblock)

(Anestesia local-caudal, espinal)

General Anesthesia

(e.g., ether, nitrous oxide)

(Eter, oxido nitroso)

Pain pills

(e.g., demorla codeine)

(Píldoras para el dolor-

e.g., Codeina)

Others (please specify)

(Otros-especifique)

Type of Delivery (check one):

Normal

(Normal)

Forceps

(Forceps)

Cesarean

(Cesárea)

Was labor/delivery abnormal in any way? (Circle one)

(¿El parto fue anormal en alguna manera?) (Marque solo uno)

Yes

No

(Si)

(No)

If yes, please explain:

(Si la respuesta es "Si", por favor explique:)

How long was the labor with this child? _____

(¿Cuánto tiempo duró el parto con este niño(a)?)

(hours)

(horas)

Was labor spontaneous or induces?

(¿El parto fue espontáneo o inducido?)

Spontaneous

(Espontáneo)

Induced

(Inducido)

Did this baby have difficulty start to breathe? (Circle one)

(¿El bebé tuvo dificultades para empezar a respirar?) (Marque solo uno)

Yes

No

(Si)

(No)

If yes, please check all that apply:

(Si la respuesta es "Si", marque todas las que apliquen:)

Use of incubator

(Se usó incubadora)

Respiratory Problems

(Problemas respiratorios)

Heart Problems

(Problemas de corazón)

Jaundice (yellowing skin)

(Ictericia- piel amarillenta)

Convulsions

(Convulsiones)

Other: _____

(Otro:)

Growth and Developmental History
(Historia de Crecimiento y Desarrollo)

Where there any difficulties during the baby's first month at home? (Circle one) **Yes** **No**
 ¿Hubo dificultades durante el primer mes del bebé en casa? (Marque solo una) (Si) (No)

If yes, please indicate which one(s) of the following:
 (Si la respuesta es "Si", indique cuáles de las siguientes:)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Excessive Crying
(Llanto excesivo) | <input type="checkbox"/> Unusual Muscle Activities
(Actividad muscular excesiva) | <input type="checkbox"/> Feeding Problems
(Problemas de alimentación) |
| <input type="checkbox"/> Sleeping Problems
(Problemas de sueño) | <input type="checkbox"/> Other: _____ | |

Please indicate age when this child began performing the behaviors listed below:

(Por favor, indique la edad el niño(a) cuando empezó a realizar las siguientes conductas:)

Smiles: _____ **Laughed:** _____ **Cut First Tooth:** _____ **Sat By Self:** _____
 (Sonrisas) (Reir) (Brotó el primer diente) (Sentarse sin ayuda)

Said First Word: _____ **Crawled:** _____ **Stood Alone:** _____ **Walked Alone:** _____
 (Pronunció su primera palabra) (Gatear) (Pararse sin ayuda) (Caminar sin ayuda)

Fed Self: _____ **Number of Words (approximately by age 2):** _____
 (Comió sin ayuda) (Número de palabras -aproximadamente a la edad de 2 años)

Talked in Sentence: _____ **Able to hold crayon or pencil:** _____
 (Formuló oraciones completas) (Tomar lápiz o crayon)

Toilet trained for day time: _____ **Toilet trained for night:** _____
 (Usar el baño sin ayuda durante el día) (Usar el baño sin ayuda durante la noche)

Dressed Self: _____ **Tied Own Shoes Laces:** _____
 (Vertirse solo) (Atarse los cordones de los zapatos)

As an infant, was this child... (mark those that apply) **Fussy?** **Oversleepy?**
 ¿Durante su infancia, este niño(a) fue... marque las que apliquen) (Quisquilloso) (Dormía en exceso)
 Difficult to rouse?
(Difícil de despertar)

Did this child respond to cuddling? (Circle one) **Yes** **No**
 ¿Respondía el niño(a) a los abrazos y cariños? (Marque solo una) (Si) (No)

Compared to others children, this child had difficulty...(mark those that apply):
 (Comparado con otros niños, el niño(a) tuvo dificultades...(marque las que apliquen)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> learning
(para aprender) | <input type="checkbox"/> talking
(para hablar) | <input type="checkbox"/> understanding others
(para comprender a otros) |
| <input type="checkbox"/> with gross motor skills
(walking, hopping, riding a bike, drawing, etc.)
(con habilidades motoras gruesas - caminando, saltando, manejando bicicleta, etc.) | <input type="checkbox"/> with fine motor skills
(fastening button, zippers, tying shoelaces)
(con habilidaes motoras finas - abrochando botones, cremalleras, atando cordones) | |
| <input type="checkbox"/> acquiring early school-related skills
(naming colors, saying the alphabet, recognizing coin, etc)
(habilidades relacionadas con la escuela - identificando colores, recitando el alfabeto, reconociendo monedas,etc.) | <input type="checkbox"/> sitting still for TV or stories
(permaneciendo sentado mirando la televisión o escuchando un cuento) | |
| <input type="checkbox"/> playing or socializing with other children)
(jugando o socializando con otros niños) | <input type="checkbox"/> building with blocks, playing with puzzles, with picture
(edificando con bloques, armando rompecabezas, pintando) | |

Has this child had difficulty separating from his or her parents? (Circle one) Yes No
(¿El niño (a) ha tenido dificultades separándose de sus padres? (Marque solo uno) (Si) (No)

If yes, at what age first separate from his or her parents? _____
(Si la respuesta es "Si", ¿Cuántos años tenía el niño(a) cuando se separó por primera vez de sus padres?)

Has this child ever had psychotherapy or counseling? (Circle one) Yes No
(¿El niño ha asistido a terapia u orientación? (Marque solo uno) (Si) (No)

Medical History
(Historia Médica)

What was the condition of this child at birth?
(¿Cuál fue la condición del niño al nacer? (Marque solo uno)

Did any of the following occur during the birthing process? (mark those that apply)
(¿Alguno de las siguientes ocurrió durante el nacimiento? (Marque solo uno)

Jaundice (yellowing skin) **RH Problems** **Chemical Abnormalities**
(Ictericia- piel amarillenta) (Problemas de grupo sanguíneo) (Anormalidades químicas)

Seizures/Convulsions: At what age? _____
(Ataques/convulsiones: ¿A qué edad?

Were the seizures/convulsions accompanied with high fever? (Circle one) Yes No
(¿Los ataques o convulsiones estuvieron acompañadas de fiebre alta? (Marque solo uno) (Si) (No)

Current height of the child (in inches): _____ **Current weight of the child (in lbs):** _____
(Altura actual del niño(a) - en pulgadas:) (Peso actual del niño(a) - en libras:)

Please check any of the following medications if they are used by this child currently or recently:
(Marque las medicinas que el niño(a) toma actualmente o tomó recientemente:)

None **Iron** **Dilantin** **Other:** _____
(Ninguna) (Hierro) (Otra)

Ritalin, Dexedrine, Amphetamines **Phenobarbital, Tranquilizers**
or other similar drugs (Tranquilizantes)
(u otras drogas similares)

Has this child had any serious illness: (circle one) Yes No
(¿El niño(a) ha tenido alguna enfermedad grave? (Marque solo uno) (Si) (No)

If yes, what? _____ **When?** _____
(Si la respuesta es "Si", ¿Cuál?) (¿Cuándo?)

Please list all hospitalizations, including the child's age at the time of hospitalization, how long the child was hospitalized, and the reason for the hospitalizations:
(Por favor, haga una lista de las hospitalizaciones, incluyendo la edad del niño(a) cuando fue hospitalizado, cuánto tiempo permaneció hospitalizado, y cuál fue la razón de la hospitalización)

Has the child ever had any operations? (Circle one) Yes No
(¿El niño(a) ha sido sometido a alguna operación? (Marque solo uno) (Si) (No)

If yes, please specify: What? _____ **When?** _____
(Si la respuesta es "Si", especifique ¿Cuál?) (¿Cuándo?)

Has the child ever been in any accidents that resulted in serious injury? (Circle one) Yes No
(¿El niño(a) ha tenido algún accidente con lesiones graves? (Marque solo uno) (Si) (No)

If yes, please specify: What? _____ **When?** _____
(Si la respuesta es "Si", especifique ¿Cuál?) (¿Cuándo?)

What is the higher fever this child has had? _____

(¿Cuánto ha sido la fiebre más alta que el niño ha tenido? (Marque solo uno)

Does this child have any allergies? (Circle one)

(¿El niño tiene alergias? (marque solo uno)

Yes

No

(Si)

(No)

If yes, please specify: _____

(Si la respuesta es "Si", especifique)

Has this child had any head injuries? (Circle one)

(¿El niño ha sufrido golpes graves en la cabeza? (Marque solo uno)

Yes

No

(Si)

(No)

If yes, what happened?

(Si la respuesta es "Si", ¿Cómo ocurrió?)

When did happen?

(¿Cuándo ocurrió?)

Was the child unconscious? _____

(¿El niño estuvo inconsciente?)

Dizzy?

(¿Mareado?)

Have headaches? _____

(¿Sufrió dolores de cabeza?)

How often does the child have abdominal pains or vomiting?

(¿Con qué frecuencia el niño tiene dolores estomacales o vomita?

When does this occur?

(¿Cuándo ocurre esto?)

How often does the child have headaches?

(¿Con qué frecuencia el niño tiene dolores de cabeza?

How are these headaches treated?

(¿Cómo se tratan estos dolores de cabeza?)

Does this child have vision problems? (Circle one)

(¿El niño tiene problemas de la vista? (Marque solo uno)

Yes

No

(Si)

(No)

If yes, please specify:

(Si la respuesta es "Si", especifique)

When and how often?

(¿Cuándo y cuántas veces?)

Has this child had (or currently have) any medical problems which you think might be related to your present concern? (Circle one)

(¿El niño ha sufrido -o sufre actualmente- de algún problema médico posiblemente relacionado con sus preocupaciones actuales?

(Marque solo uno)

If yes, please specify:

(Si la respuesta es "Si", por favor especifique:)

Yes

No

(Si)

(No)

Has this child ever had (currently have) any of the following diseases? (Check those that apply)

(¿El niño ha sufrido -o sufre actualmente- de alguna de las siguientes enfermedades? (Marque todas las que apliquen)

Meningitis

(Meningitis)

Diabetes

(Diabetes)

Cystic Fibrosis

(Fibrosis Quística)

Hydrocephalus

(Hidrocefalia)

Leukemia

(Leucemia)

Tuberculosis

(Tuberculosis)

Mumps

(Paperas)

Bone Disease

(Enfermedad de los huesos)

Encephalitis

(Encefalitis)

Epilepsia

(Epilepsia)

Cerebral Palsy

(Parálisis Cerebral)

Heart Disease

(Enfermedades del corazón)

Anemia

(Anemia)

Cancer

(Cáncer)

Chicken Pox

(Varicela)

Muscle Disease

(Enfermedad de los músculos)

Asthma

(Asma)

Seizures

(Ataques)

Brain Tumor

(Tumor cerebral)

Heart Murmur

(Soplo cardíaco)

Arthritis

(Artritis)

Measles

(Sarampión)

Kidney Problems

(Problemas renales)

School History
(Historia Escolar)

Name of the school this child attends: _____
(Nombre de la escuela a la que el niño(a) asiste:)

School Address: _____
(Dirección de la escuela:)

School Principal: _____
(Director de la escuela:)

Child's Grade in School: _____ **Child's Classroom Teacher:** _____
(Grado que cursa el niño) (Maestro del niño)

Contact person for details of the child's schoolwork: _____
(La persona con quien se puede discutir el trabajo del niño:)

Has this child ever repeated a grade? _____ **Which?** _____
(¿El niño ha repetido curso?) (¿Cual?)

What schooling (if any) did this child have before the first grade? _____
(¿Que educación tuvo el niño antes de empezar el primer grado?)

Did this child have pre-kindergarten screening? (Circle one) **Yes** **No**
(¿Se evaluó al niño antes de empezar el preescolar-jardín de infancia? (Marque solo uno) (Si) (No)

If yes, did this child pass the screening? (Circle one) **Yes** **No**
(Si la respuesta es "Si", ¿El niño pasó la evaluación?) (Marque solo uno) (Si) (No)

Does this child have any school behavior problem? _____
(¿El niño tiene algún problema de conducta en la escuela?)

Does this child have any school studies problems (besides the chief problem)? In which grade were the problems
(¿Este niño tiene otros problemas con sus estudios? ¿ En cuál curso notó por primera vez estos problemas?)

Is this child enrolled in any special program at school? (Check those that applies)
¿El niño está matriculado en algún programa especial en la escuela? (Marque las que apliquen)

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> None
(Ninguno) | <input type="checkbox"/> Counseling
(Orientación) | <input type="checkbox"/> Reading
(Lectura) | <input type="checkbox"/> Speech Therapy
(Terapia de Lenguaje) |
| <input type="checkbox"/> Tutoring
(Clases privadas) | <input type="checkbox"/> Chapter 1
(Capítulo 1) | <input type="checkbox"/> Other: _____
(Otro:) | |

How many times was this child evaluated? _____
(¿Cuántas veces el niño fue evaluado en la escuela?)

What specific educational interventions have been made? _____
(¿Qué intervenciones educativas específicas han sido realizadas?)

Does this child have resource room help now? (Circle one) **Yes** **No**
(¿El niño está recibiendo ayuda especial actualmente? (Marque solo uno) (Si) (No)

If yes, how often? _____ **For which academic skills?** _____
(Si la respuesta es "Si", ¿Cuántas veces?) (¿Para cuáles habilidades académica?)

Is your child currently receiving any special help outside of school? (Check those that applies)

(¿El niño está recibiendo alguna ayuda especial fuera de la escuela actualmente? (Marque las que apliquen))

None
(Ninguno)

Counseling
(Orientación)

Reading
(Lectura)

Speech Therapy
(Terapia de Lenguaje)

Tutoring
(Clases privadas)

Other:
(Otro:)

if any of above were checked, please specify the name of the agency or person providing the treatment

(Si marcó alguna de las opciones arriba señaladas, especifique el nombre de la agencia o la persona que está ofreciendo el tratamiento)

Has the child had a frequent change of school?

¿El niño ha sido cambiado de escuela frecuentemente?

How many schools have been attended?

¿A cuántas escuelas ha asistido el niño?

Please describe this child's strengths.

(Por favor, describa las fortalezas del niño)

Please describe this child's weaknesses.

(Por favor, describa las limitaciones del niño)
