

TPBA2 Child and Family History Questionnaire (CFHQ)

Section I. Child and Family Information

Child's name: _____ Gender: (circle one) M F

Child lives with: _____ Birth date: _____

Address: _____ Assessment date: _____

_____ Phone: _____

Person completing this form: _____

Language(s) spoken at home (and by child care providers): _____

Primary language child speaks: _____

Child's health care provider: _____

Insurance: _____

Please fill in the following information:

	Mother	Father
Name		
Address (if different)		
E-mail address		
Home phone (if different)		
Work phone		
Cell/pager		
Highest grade completed		
Occupation		

Who are the important people in your child's life?

Name	Age	Gender	Lives with child	Relationship
		M / F	Y / N	
		M / F	Y / N	
		M / F	Y / N	
		M / F	Y / N	
		M / F	Y / N	
		M / F	Y / N	
		M / F	Y / N	

With whom does your child spend most of his/her time? _____

Section II. Foundations for Assessment

A. What is the most enjoyable time for you and your child?

B. What is the most enjoyable time for your child and the other important people in his/her life?

C. What, if any, activities does your child participate in outside of the home?

D. What are your child's favorite activities?

E. What do you see as your child's next steps?

F. What is the purpose for seeking a developmental assessment of your child?

G. What questions about your child would you like answered during this assessment?

H. How would you describe or label any concerns you have about your child's development?

I. If you have concerns, what do you think caused or contributed to your child's issues?

J. When did you first notice or have this concern brought to your attention?

K. How severe do you think your child's concerns are for his/her future development and learning?

L. What kind of treatment, if any, do you think would benefit your child?

M. What effects have your child's issues had on the family?

N. What are your greatest hopes for your child?

What are your greatest fears for your child?

O. Were you referred for this assessment? (circle one) Yes No

If yes, by whom?

Section III. Previous Evaluations and Current Services

A. Has your child ever had any other developmental evaluations? (circle one) Yes No

If yes, by whom?

What kind of evaluation?

When and where was/were the evaluation(s) conducted?

What were the results?

Was your child given a diagnosis? (circle one) Yes No

If yes, what was the diagnosis?

B. Has your child ever been referred for any intervention services? (circle one) Yes No

If so, where?

Who provided the services?

How was that experience for you?

C. Does your child have a current IFSP/IEP? (circle one) Yes No I don't know

If yes, where?

Service coordinator: _____

Current program/school: _____

Teacher(s): _____

Program/school phone number: _____

D. Past and/or current services being provided:

Type	When	Therapist	Where
Physical therapy			
Occupational therapy			
Speech/language therapy			
Alternative therapies			

Section IV. Child's Health History

Birth History

A. What was the best part about being pregnant/having a baby?

B. The child being assessed is my: ___ Biological child ___ Adopted child ___ Foster child ___ Stepchild

C. Are the child's parents blood related: (circle one) Yes No

If yes, how?

D. If the child is your biological child, did you have assistance to get pregnant? (circle one) Yes No

If yes, what fertility method was used? _____

E. Tests during pregnancy: ___ Triple test ___ Amniocentesis ___ CVS

Results of tests:

F. Were any of the following present during the pregnancy, labor, or delivery? (circle yes or no)

Preterm labor	Yes	No	Alcohol exposure	Yes	No
Excessive bleeding	Yes	No	Smoking	Yes	No
Illicit/street drugs	Yes	No	Prescription drugs	Yes	No
Illness/fever	Yes	No	High blood pressure	Yes	No
Rash	Yes	No	Poor weight gain	Yes	No
Toxemia	Yes	No	Too much weight gain	Yes	No
Diabetes	Yes	No	Other	Yes	No

Please explain any "yes" answers:

Please describe any other aspects of the pregnancy and/or birth that were unusual or exceptional:

G. The baby was born: (circle one) Early On time Late

How many weeks early or late? _____

Length of pregnancy: _____ Length of labor: _____

H. The baby was born: (circle one) Feet first Head first Breech C-section

I. Birth weight: _____ pounds _____ ounces Length: _____ inches

J. Were you told the child's Apgar scores? (circle one) Yes No

If known, the Apgar scores were:

At 3 min. _____ At 10 min. _____

K. Did your baby pass a newborn hearing test? (circle one) Yes No I don't know

Early Health History

L. Did your child have any of the following during the first month of life? (circle yes or no)

Jaundice	Yes	No	Infection	Yes	No
Fever	Yes	No	Severe irritability	Yes	No
Feeding difficulties	Yes	No	Emergency room visit	Yes	No

Please explain any "yes" answers:

Temperament

M. Did your baby enjoy cuddling? (circle one) Yes No Sometimes

N. Was your baby fussy? (circle one) Yes No Sometimes

If yes, how intense was the fussiness?

How long did the fussiness last?

What helped make the baby less fussy?

Feeding

O. Breast-fed for _____ months Formula fed for _____ months

P. Do/did you have any concerns regarding your child's eating? (circle one) Yes No

If yes, what are/were your concerns?

____ Number of meals eaten ____ Amount eaten ____ Time to feed

____ What is/was eaten ____ Avoidance of foods ____ How to feed

____ Other: _____

Please explain: _____

Sleeping

Q. Do/did you have any concerns regarding your child's sleeping? (circle one) Yes No

If yes, what are/were your concerns?

____ No or short naps ____ Difficulty going to bed ____ Length of night sleep

____ Length of bedtime routine ____ Where the child sleeps/slept

Please explain: _____

Behavior

R. Do/did you have any concerns regarding your child's behavior? (circle one) Yes No

If yes, what are/were your concerns?

Medical History

S. Please list any surgeries, hospitalizations, accidents, or injuries your child has had:

	What	Where	When
Surgeries			
Hospitalizations			
Accidents/injuries			

T. Has your child had a history of or been treated for any of the following? (circle yes or no)

Abdominal pain	Yes	No	Hearing problems	Yes	No
Abuse	Yes	No	Heart problems	Yes	No
Allergies/asthma	Yes	No	Hormone problems	Yes	No
Behavioral concerns	Yes	No	Ingested poisons	Yes	No
Blood disorder	Yes	No	Joint or bone problems	Yes	No
Cancer	Yes	No	Metabolic problems	Yes	No
Concussion/head injury	Yes	No	Muscle problems	Yes	No
Dental problems	Yes	No	Seizures/epilepsy	Yes	No
Ear infections	Yes	No	Significant accidents	Yes	No
Eating issues	Yes	No	Skin problems	Yes	No
Excessive drooling	Yes	No	Repetitive movements	Yes	No
Genetic syndromes	Yes	No	Urinary problems	Yes	No
Growth problems	Yes	No	Vision problems	Yes	No

Please explain any "yes" answers and add any other health concerns:

Has your child received any formal diagnoses? (circle one) Yes No

If yes, by whom?

What was/were the diagnosis(es)?

What does/do the diagnosis(es) mean to you and your family?

Current Health

U. Has your child ever had a vision test? (circle one) Yes No If yes: (circle one) Pass Fail

Has your child ever had a hearing test? (circle one) Yes No If yes: (circle one) Pass Fail

V. Are your child's immunizations up to date? (circle one) Yes No

W. Is your child allergic to anything? (circle one) Yes No

If so, what is he/she allergic to and what is the reaction?

X. What medications, herbs, or homeopathic remedies does your child take currently?

Y. Has your child had any negative reactions to any medications?

Z. Child's current weight: _____ Head circumference: _____ Height: _____

Percentile (if known): _____ Percentile (if known): _____ Percentile (if known): _____

Section V. Developmental History

A. Do you feel that your child developed: (circle one) Quickly Typically Slowly

Why?

Age of: First words: _____ Sentences: _____

Sitting alone: _____ Walking: _____

B. What things does your child do best?

C. Has your child lost any developmental skills, or does he/she seem to not be progressing in any developmental areas? (circle one) Yes No

If yes, in what way?

D. Do you feel as though your child is different from his/her siblings? (circle one) Yes No N/A

If yes, in what way?

E. Is there anything else that you would like us to know regarding your child's health, behavior, or development?

VI. Family Health History

A. Has anyone in the child's family (parents, grandparents, aunts, uncles, cousins, or siblings) been diagnosed with or treated for any of the following? (circle yes or no):

Abuse	Yes	No	Hearing problems	Yes	No
Allergies/asthma	Yes	No	Heart condition	Yes	No
Birth defects	Yes	No	Hormone problems	Yes	No
Blood disorders	Yes	No	Joint/bone problems	Yes	No
Cancer	Yes	No	Lung/breathing issues	Yes	No
Abdominal pain	Yes	No	Muscle problems	Yes	No
Alcoholism	Yes	No	Drug abuse	Yes	No
Anemia	Yes	No	Mental health concerns	Yes	No
Ear infections	Yes	No	Seizures/convulsions	Yes	No
Eating issues	Yes	No	Skin problems	Yes	No
Genetic syndromes	Yes	No	Repetitive movements	Yes	No
Growth problems	Yes	No	Vision problems	Yes	No

Please explain any "yes" answers and add any other health concerns in the family:

B. List prescription medications, herbs, or homeopathic medications that any immediate family members are taking:

C. Does anyone in the child's family have developmental delays, speech/language problems, or other special learning needs? (circle one) Yes No

If so, who, at what age did the family member receive the diagnosis, and what was the diagnosis?

D. Is there anything else you would like us to know about your child?

Thank you for your time and effort in filling out this questionnaire.
This information will help us have a better understanding of your child.

TPBA2 Family Assessment of Child Functioning (FACF) Tools Daily Routines Rating Form

Child's name: _____

Person completing the form: _____ Date: _____

Directions: A number of daily routines are listed that you and your child may experience. For each routine, indicate whether this is a "Good time" (a time that is pleasurable), an "OK" time (a time that is not difficult), or a "Hard time" (a time that is difficult or stressful) for either you or your child. If you mark the routine as a "Hard time," please rate how difficult this time is for you and your child. If any routines do not apply to you and your child, please write N/A under the item. Please feel free to make comments, especially if "Good times" or "Hard times" are noted. These comments will help us know what to address in assessment and make recommendations to assist you and your child.

Routines	Good time	OK	Hard time	How stressful or hard is this time for you?					How stressful or hard is this time for your child?					What happens during this time of the day? (if desired, comment on why you rated it as you did)
				Low				High	Low				High	
Diapering/toileting				1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Feeding/eating				1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Bathing/washing				1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Dressing				1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Combing hair/ brushing teeth				1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Child playing alone				1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Playing with family				1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Playing with other kids				1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Sharing books				1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Napping				1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Going to bed/ waking up				1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Calming after being upset				1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Indoor play				1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Outdoor play				1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Going out in the stroller/car				1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Visiting grocery store/errands				1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
Visiting friends				1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	

Routines	Good time	OK	Hard time	How stressful or hard is this time for you?		How stressful or hard is this time for your child?		What happens during this time of the day? (if desired, comment on why you rated it as you did)
				Low	High	Low	High	
Religious activities				1 2 3 4 5		1 2 3 4 5		
Family celebrations				1 2 3 4 5		1 2 3 4 5		
Other:				1 2 3 4 5		1 2 3 4 5		
				1 2 3 4 5		1 2 3 4 5		
				1 2 3 4 5		1 2 3 4 5		

Which of the routines that you indicated are of concern for you or your child would you like to address first?

1. _____
2. _____

TPBA2 Cuestionario Sobre la Historia del Niño y la Familia

Sección I. Información del Niño y la Familia

Nombre del niño: _____ Género: (marque uno) M F
 El niño vive con: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Dirección: _____ Fecha de la evaluación: _____
 _____ Número de teléfono: _____

Persona que completa este formulario: _____

Idioma(s) que se habla en casa (y el idioma que habla la persona que cuida el niño): _____

El primer idioma que el niño habla: _____

Proveedor médico del niño: _____

Seguro médico: _____

Por favor llene la siguiente información:

	Madre	Padre
Nombre		
Dirección (si es diferente)		
Correo electrónico		
Teléfono de la casa (si es diferente)		
Teléfono del trabajo		
Teléfono celular/beeper		
Nivel de educación		
Profesión		

¿Quiénes son las personas importantes en la vida de su hijo?

Nombre	Edad	Género	Vive con el niño	Relación
		M / F	Sí / No	
		M / F	Sí / No	
		M / F	Sí / No	
		M / F	Sí / No	
		M / F	Sí / No	
		M / F	Sí / No	
		M / F	Sí / No	

¿Quién es la persona con la cual su hijo pasa la mayor parte del tiempo? _____

L. ¿Qué clase de tratamiento piensa que ayudaría a su hijo?

M. ¿Cómo le ha afectado a la familia los problemas de su hijo?

N. ¿Qué es lo que más espera de su hijo?

¿Cuáles son sus temores como padres?

O. ¿Alguien le recomendó esta evaluación? (marque uno) Sí No

Si la respuesta es "Sí," ¿quién?

Sección III. Evaluaciones Previas y Servicios Actuales

A. ¿Se le han hecho a su hijo otras evaluaciones de desarrollo? (marque uno) Sí No

Si la respuesta es "Sí," ¿quién?

¿Qué tipo de evaluación?

¿Dónde y cuándo evaluaron a su hijo?

¿Cuáles fueron los resultados?

¿Se le dió un diagnóstico a su hijo? (marque uno) Sí No

Si la respuesta es "Sí," ¿cuál fue el diagnóstico?

D. ¿Si el niño es su hijo biológico, se le dió alguna ayuda para embarazarse? (marque uno) Si No

Si la respuesta es "Sí," ¿que programa de fertilización utilizó? _____

E. Pruebas durante el embarazo: ___ Prueba triple ___ Amniocentesis ___ CVS (muestra de las vellosidades coriónicas)

Resultados de las pruebas:

F. ¿Ocurrió alguna de las siguientes condiciones durante el embarazo, las contracciones, o el parto? (marque Sí o No)

Parto prematuro	Si	No	Bebidas alcohólicas	Si	No
Sangrado excesivo	Si	No	Fumar	Si	No
Drogas ilegales	Si	No	Medicamentos de prescripción	Si	No
Enfermedad/fiebre	Si	No	Presión arterial alta	Si	No
Salpullido	Si	No	Poco aumento del peso	Si	No
Toxemia	Si	No	Mucho aumento del peso	Si	No
Diabetes	Si	No	Otro	Si	No

Si una de las respuestas es "Sí," por favor explique:

Por favor describa cualquier otro aspecto del embarazo y/o el nacimiento que fue extraordinario o poco común:

G. El bebé nació: (marque uno) Temprano A tiempo Tarde

¿Cuántas semanas temprano o tarde? _____

Duración del embarazo: _____ Duración de las contracciones: _____

H. El bebé salió: (marque uno) de pie de cabeza de nalgas cesárea

I. Peso nacimiento: _____ libras _____ onzas Medida: _____ pulgadas

J. ¿Le informaron la puntuación de Apgar de su hijo? (marque uno) Si No

Si sabe, ascriba la puntuación de Apgar:

A los 3 minutos _____ A los 10 minutos _____

K. ¿Su bebé pasó la prueba auditiva del recién nacido? (marque uno) Si No No sé

Comportamiento

R. ¿Tenía/tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su hijo? (marque uno) Sí No

Si la respuesta es "sí," ¿cuales son/fueron sus preocupaciones?

Historia Médica

S. Por favor escriba cualquier cirugía, hospitalización, accidente, o herida que ha tenido su hijo:

	Qué	Donde	Cuando
Cirugías			
Hospitalizaciones			
Accidentes/heridas			

T. ¿Su hijo tiene o ha recibido tratamiento por una de las siguientes condiciones? (marque Sí o No)

Dolor abdominal	Sí	No	Problemas auditivos	Sí	No
Abuso	Sí	No	Problemas cardíacos	Sí	No
Alergia/asma	Sí	No	Problemas hormonales	Sí	No
Problemas de comportamiento	Sí	No	Veneno ingerido	Sí	No
Trastornos de sangre	Sí	No	Problemas de los huesos o las articulaciones	Sí	No
Cáncer	Sí	No	Problemas con el metabolismo	Sí	No
Conmoción cerebral/herida en la cabeza	Sí	No	Problemas musculares	Sí	No
Problemas dentales	Sí	No	Convulsiones/ataques epilépticos	Sí	No
Infecciones del oído	Sí	No	Accidentes graves	Sí	No
Trastornos de la alimentación	Sí	No	Problemas de la piel	Sí	No
Babear demasiado	Sí	No	Movimientos repetitivos	Sí	No
Síndromes genéticos	Sí	No	Problemas urinarios	Sí	No
Crecimiento atrasado	Sí	No	Problemas de la vista	Sí	No

Si una de las respuestas es "Sí," por favor explique y describa cualquier otra preocupación que tenga de la salud de su hijo:

¿Su hijo ha recibido algún diagnóstico formal? (marque uno) Sí No

¿Por quién?

¿Cuáles fue/fueron el/los diagnóstico(s)?

C. ¿Su hijo ha perdido alguna destreza o le parece que no está progresando en algún área del desarrollo? (marque uno) Sí No

¿Si la respuesta es "sí," en qué sentido?

D. ¿Encuentra alguna diferencia entre este hijo y sus hermanos? (marque uno) Sí No N/A

¿En qué sentido?

E. ¿Hay alguna otra cosa que nos quiera decir sobre la salud, comportamiento, o desarrollo de su hijo?

Sección VI. Historia de la Salud Familiar

A. ¿Alguien en la familia del niño (padres, abuelos, tíos, primos, hermanos) ha recibido un diagnóstico o tratamiento para una de las siguientes condiciones? (marque Sí o No)

Abuso	Sí	No	Problemas auditivos	Sí	No
Alergia/asma	Sí	No	Problemas cardíacos	Sí	No
Defecto de nacimiento	Sí	No	Problemas hormonales	Sí	No
Trastornos de sangre	Sí	No	Problemas de huesos/articulaciones	Sí	No
Cáncer	Sí	No	Problemas respiratorios	Sí	No
Dolor abdominal	Sí	No	Problemas musculares	Sí	No
Alcoholismo	Sí	No	Uso de drogas	Sí	No
Anemia	Sí	No	Problemas mentales	Sí	No
Infección del oído	Sí	No	Convulsiones/ataques epilépticos	Sí	No
Trastornos de la alimentación	Sí	No	Problemas de la piel	Sí	No
Síndromes genéticos	Sí	No	Movimientos repetitivos	Sí	No
Crecimiento atrasado	Sí	No	Problemas de la vista	Sí	No

Si una de las respuestas es "Sí," por favor explique y describa cualquier otra preocupación de la salud familiar que tenga:

TBBA2 Evaluación Familiar de las Habilidades del Niño: Cuestionario Sobre las Rutinas Diarias

Nombre del niño: _____

Persona que llenó el cuestionario: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Lo siguiente describe varias rutinas diarias que usted y su hijo posiblemente hayan hecho. Al lado de cada rutina, indique si es una rutina agradable (que le gusta bastante a usted o a su hijo), una rutina neutra (que no es difícil pero tampoco es agradable) o una rutina desagradable (que es difícil) para usted o su hijo. Si es una rutina desagradable, marque con un círculo el número que indica cuán difícil es para usted y para su hijo. Si una rutina no se aplica a usted y a su hijo, por favor escriba N/A para esa rutina. Use la columna a la derecha para escribir comentarios, sobre todo si es una rutina agradable o desagradable. Los comentarios nos ayudaran saber cuales actividades tratar durante la evaluación y hacer recomendaciones para ayudar a usted y a su hijo.

Rutinas	Agradable	Neutra	Desagradable	¿Cuán difícil es para Ud.?		¿Cuán difícil es para su hijo?		¿Qué ocurre durante esta rutina? (si quiere, describa por qué la evaluó así)
				Poco	Muy	Poco	Muy	
Cambiar los pañales/ ir al baño				1 2 3 4 5		1 2 3 4 5		
Alimentarse/comer				1 2 3 4 5		1 2 3 4 5		
Bañarse				1 2 3 4 5		1 2 3 4 5		
Vestirse				1 2 3 4 5		1 2 3 4 5		
Peinarse/lavarse los dientes				1 2 3 4 5		1 2 3 4 5		
Jugar solo				1 2 3 4 5		1 2 3 4 5		
Jugar con familia				1 2 3 4 5		1 2 3 4 5		
Jugar con otros niños				1 2 3 4 5		1 2 3 4 5		
Compartir libros				1 2 3 4 5		1 2 3 4 5		
Dormir la siesta				1 2 3 4 5		1 2 3 4 5		
Acostarse/ despertarse				1 2 3 4 5		1 2 3 4 5		
Calmarse después de estar agitado				1 2 3 4 5		1 2 3 4 5		
Jugar adentro				1 2 3 4 5		1 2 3 4 5		
Jugar afuera				1 2 3 4 5		1 2 3 4 5		
Salir en el cochecito/ carro				1 2 3 4 5		1 2 3 4 5		
Hacer tareas/ compras				1 2 3 4 5		1 2 3 4 5		

(continuación)

Las Rutinas Diarias **TPBA 2**

Rutinas	Agradable	Neutra	Desagradable	¿Cuán difícil es para Ud.?		¿Cuán difícil es para su hijo?		¿Qué ocurre durante esta rutina? (si quiere, describa por qué la evaluó así)
				Poco	Muy	Poco	Muy	
Visitar a amigos				1 2 3 4 5		1 2 3 4 5		
Actividades religiosas				1 2 3 4 5		1 2 3 4 5		
Celebraciones familiares				1 2 3 4 5		1 2 3 4 5		
Otros:				1 2 3 4 5		1 2 3 4 5		

Cuál de las rutinas que Usted indicó como problemáticas prefería tratar primero:

1. _____

2. _____

TPBA2 Evaluación Familiar de las Habilidades del Niño: Todo Acera de Mí Cuestionario

Todo Acera de Mí, _____
(nombre del niño)

Nombre del niño: _____

Persona que llenó el cuestionario: _____

Relación con el niño: _____

Fecha de hoy: _____

Fecha de cumpleaños del niño: _____

Propósito del cuestionario: Las respuestas a las siguientes preguntas nos ayudarán a incluir a Usted en el proceso de la evaluación de su hijo. Las preguntas requieren que Usted piense en las mismas áreas de desarrollo que el equipo de evaluación va a explorar en la evaluación de su hijo. ¡Sus observaciones son muy importantes! Las preguntas abajo se tratan de cómo su hijo piensa, se siente, se porta, se mueve, se comunica y se relaciona con los demás. Sus respuestas a estas preguntas nos ayudarán a saber cuáles son las áreas que debemos explorar en la evaluación de su hijo. Se usará la información que obtenemos de Usted, combinada con la información de la evaluación, para planificar maneras de facilitar el desarrollo de su hijo.

Instrucciones: Para cada pregunta, marque con un círculo el número o números (en la columna "Respuesta") que corresponden a la respuesta que describe mejor a su hijo. En la próxima columna ("Ejemplos o comentarios"), si quiere, puede escribir más información, dar un ejemplo o describir por qué eligió esa respuesta. Si la pregunta no se aplica a su hijo por su edad, escriba "N/A" debajo la pregunta y siga a la próxima pregunta.

Desarrollo emocional y social	Respuesta	Ejemplos
1. ¿Cuáles son las actividades que me gustan? ¿Que me emocionan?	1. Es difícil saber cuándo estoy feliz. 2. Estoy feliz solamente durante unas cuantas actividades, como: 3. Estoy feliz durante la mayoría de las actividades.	¿Cómo demuestro que estoy feliz?
2. ¿Cuáles son las actividades que me enojan? ¿Que me frustran? ¿Que me hacen sentir triste?	1. Cuando alguien me pone límites (al decir que "no") o me dice que hacer 2. Ciertos tipos de actividades, como: 3. Cambiar mi rutina.	¿Cómo demuestro que estoy enojado, triste o frustrado?
3. ¿Cuánto tiempo duran mis ratos de mal humor?	1. Más de una hora 2. 15 ó 30 minutos 3. Sólo unos minutos	
4. ¿Cuán fácilmente puedo calmarme cuando estoy agitado?	1. Es difícil calmarme y necesito mucho ayuda. 2. Necesito un poco de ayuda para calmarme. 3. Me calmo a mí mismo sin ayuda.	¿Qué me ayuda a calmarme?
5. ¿Cuán fácilmente puedo cambiar de un estado (despierto, dormido, agitado, tranquilo) a otro?	1. Tengo muchos problemas con: 2. Tengo unos problemas con: 3. No tengo ningún problema.	¿Qué me ayuda?

Desarrollo cognitivo	Respuesta	Ejemplos
3. ¿Qué hago con mis juguetes cuando juego?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Miro los juguetes. 2. Me gusta hacer la misma actividad una y otra vez. 3. Hago una o dos actividades con un juguete y después lo dejo para hacer algo más interesante. 4. Experimento y trato de hacer actividades nuevas. 	
4. ¿Cuán fácilmente puedo resolver los problemas solo?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Me resulta difícil resolver problemas solo. 2. Puedo resolver problemas con algo de ayuda. 3. Puedo resolver la mayoría de los problemas solo. 	
5. ¿Cuán bien entiendo lo que los demás sienten, piensan y hacen?	<ol style="list-style-type: none"> 1. No entiendo por qué la gente hace las cosas, qué piensan o que quieren. 2. Puedo entender y responder a las expresiones faciales de mi familia y mis amigos. 3. Entiendo mucho acerca de los pensamientos, acciones y deseos de los demás. 	
6. ¿Cuáles son las cosas que recuerdo (palabras, personas, acontecimientos, cuentos, información)?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Recuerdo los objetos y personas conocidos. 2. Recuerdo rutinas, palabras y cómo se usan los objetos. 3. Recuerdo eventos, cuentos y mucha información. 	
7. ¿Qué entiendo de matemáticas y de ciencias?	<ol style="list-style-type: none"> 1. He empezado a entender cómo contar, apilar y componer las cosas. 2. Puedo comparar las cosas y entender cómo se diferencian. 3. Entiendo bastante sobre las cantidades, los tamaños y cómo las cosas se relacionan. 	
8. ¿Qué entiendo acerca de dibujar y escribir?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Me gusta garabatear. 2. Me gusta intentar a dibujar líneas y formas (a veces pienso que se parecen a algo). 3. Me gusta dibujar. 4. Me gusta escribir letras y números. 5. Me gusta escribir palabras u oraciones. 	
9. ¿Cuánto me gusta hojear los libros y/o fingir que estoy leyendo?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Me fijo en los dibujos en un libro. 2. Señalo y hablo acerca de los dibujos en un libro. 3. Hablo acerca de un cuento en un libro. 4. Me gusta fingir que estoy leyendo. 5. Puedo leer de verdad. 	
10. ¿Demuestro alguna habilidad cognitiva que es extraordinario o poco común?	Describo lo que hago:	

Desarrollo sensorial-motor	Respuesta	Ejemplos
8. ¿Cuán intencionalmente reacciono a las experiencias que me gustan? ¿A las que no me gustan?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tengo una fuerte reacción física a las cosas que me gustan y no me gustan. 2. A mi familia le resulta difícil saber lo que me gusta o lo que no me gusta. 3. Digo a las personas lo que me gusta y lo que no me gusta. 	
9. ¿Cuán bien puedo cuidarme a mí mismo (vestirme, comer, bañarme, ir al baño)?	<ol style="list-style-type: none"> 1. No puedo cuidarme a mí mismo. 2. Necesito algo de ayuda para hacer algunas de estas destrezas, como: 3. Puedo cuidarme a mí mismo. 	Cosas que puedo hacer:
10. ¿Cuán fácilmente puedo aprender nuevos movimientos con mi cuerpo?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Me resulta difícil mover las partes de mi cuerpo en la manera que quiero. 2. Puedo imitar los movimientos con mi cuerpo pero tengo que practicar mucho. 3. Puedo fácilmente imitar los movimientos de los demás o hacer que mi cuerpo quepa en los espacios irregulares. 	
11. ¿Cuán bien veo y cómo utilizo mi visión?	<ol style="list-style-type: none"> 1. No veo muchas cosas. 2. Sólo puedo ver los objetos grandes o los que están en ciertos lugares. 3. Puedo ver cosas grandes y pequeñas que están en cualquier lugar. 	
12. En el área de destrezas motrices, demuestro algún comportamiento extraordinario o poco común?	Describe lo que hago:	
Desarrollo comunicativo	Respuesta	Ejemplos
1. ¿Puedo oír las cosas bien?	<ol style="list-style-type: none"> 1. No oigo todos los sonidos. 2. Oigo cosas pero me cuesta entender los sonidos y las palabras. 3. Oigo todos los sonidos, hasta los sonidos suaves. 	
2. ¿Cuáles son los gestos y expresiones faciales que entiendo?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Entiendo lo que va a pasar por medio de los gestos y movimientos que veo. 2. Entiendo las expresiones faciales y miro lo que se señala. 3. Respondo a las expresiones faciales. 	
3. ¿Cuáles son los sonidos, palabras, oraciones y preguntas que entiendo?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Miro a los objetos o las personas cuando oigo sus nombres. 2. Entiendo oraciones sencillas y preguntas que empiezan con "qué" y "dónde." 3. Entiendo oraciones complejas y preguntas que empiezan con "quién," "cuál," "por qué," y "cómo." 	

Desarrollo comunicativo	Respuesta	Ejemplos
12. ¿Cómo manejo la saliva, la comida y los líquidos en mi boca?	1. Mi boca se queda abierta y babeo mucho. 2. Me resulta difícil masticar la comida y tomar. 3. Puedo comer y beber sin muchos problemas.	
13. En el área de comunicación, ¿hay algún comportamiento extraordinario o poco común que demuestro?	Describe lo que hago:	

Mis juguetes, actividades y materiales favoritos son:

Algunos de los juguetes, actividades y materiales que no me gustan son:

Lo que yo (_____) necesito desarrollar en los próximos 6 meses:

Más independencia en: _____

Más control de: _____

Mejor: _____

Mayor capacidad para: _____

Otro: _____