

DEVELOPMENTAL PEDIATRICS

(Pediatria del Desarrollo)

Children's Hospital of The King's Daughters, Inc.
400 Gresham Drive, Suite 900, Norfolk, VA 23507
Tel: (757) 668-7473 / FAX: (757) 668-7474

NEW PATIENT COMPREHENSIVE HISTORY FORM

(Formulario del Historial Completo para Nuevo Paciente)

Please carefully read & complete all sections of this form. (Favor lea cuidadosamente y complete todas las secciones de este documento).

DEMOGRAPHIC INFORMATION (Información Demográfica)

Today's date: _____ **Person completing this form and relation to the child:** _____
(Fecha de hoy) (Nombre completo de la persona que llena este documento y su relación con el paciente)

Child's Name: _____
(Nombre del Niño(a)) **Last Name (Apellido)** **First Name (Primer Nombre)** **Middle initial (Inicial del 2do Nombre)**

Birth date: _____ **Age:** _____ **Sex:** Male Female
(Fecha de Nacimiento) (Edad) Género: (Masculino) (Femenino)

Home address: _____
(Dirección del Domicilio) **Street (Calle)** **City (Ciudad)** **State (Estado)** **Zip code (Código postal)**

Contact phone numbers: _____
(Números telefónicos de Contacto): **Home (Casa)** / **Cell (Celular)**

Child's primary health care provider: _____ **Who recommended this evaluation?** _____
(Proveedor de atención médica primaria del niño(a)) (¿Quién le recomendó esta evaluación?)

WHEN DID YOU FIRST BECOME CONCERNED ABOUT YOUR CHILD?
(¿CUÁNDO FUE LA PRIMERA VEZ QUE USTED SE COMENZÓ A PREOCUPAR SOBRE SU NIÑO(A)?)

PLEASE STATE THE MAIN CONCERN(S) OR REASON(S) FOR SEEKING HELP AT THIS PARTICULAR TIME:
(FAVOR DECLARE SU MAYOR PREOCUPACIÓN O RAZÓN PRINCIPAL POR LA CUÁL BUSCA AYUDA EN ESTE MOMENTO EN ESPECÍFICO)

HAS YOUR CHILD EVER BEEN EVALUATED FOR THIS PROBLEM BEFORE? Yes No
(SU NIÑO(A) HA SIDO EVALUADO(A) POR ESTE PROBLEMA ANTERIORMENTE EN ALGÚN MOMENTO?) (Si) (No)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ENT (Oído, Nariz, Garganta) | <input type="checkbox"/> Psychologist (Psy.D./Ph.D.) (Psicólogo con doctorado) | <input type="checkbox"/> Geneticist (Genetista) |
| <input type="checkbox"/> Neurologist (Neurólogo) | <input type="checkbox"/> Counselor (Consejero(a)) | <input type="checkbox"/> Physical Medicine & Rehabilitation (Rehabilitación & Medicina Física) |
| <input type="checkbox"/> Psychiatrist (MD) (Psiquiatra-Doctor Médico) | <input type="checkbox"/> Social Worker (Trabajador Social) | <input type="checkbox"/> Developmental Pediatrician (Pediatra del Desarrollo) |

PLEASE LIST ANY MEDICATIONS YOUR CHILD HAS TAKEN/IS CURRENTLY TAKING:
(FAVOR ANOTE CUALQUIER MEDICAMENTO QUE SU NIÑO HA TOMADO/ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE):

| MEDICATION (MEDICAMENTO) | CHILD'S AGE WHEN STARTED TAKING (EDAD CUANDO LO COMENZÓ A TOMAR) | ADVERSE REACTIONS (REACCIONES NEGATIVAS/ADVERSAS) |
|-----------------------------|---|--|
| | | |
| | | |
| | | |

PLEASE LIST ANY UNUSUAL AND/OR TRAUMATIC FAMILY EVENT IN YOUR CHILD’S LIFE WHICH YOU FEEL MAY HAVE AFFECTED HIM/HER: (Examples: birth of a sibling, death in the family, divorce, illnesses, frequent school changes, abuse)
(FAVOR ANOTE CUALQUIER EVENTO FAMILIAR INUSUAL Y/O TRAUMÁTICO EN LA VIDA DE SU NIÑO(A) QUE USTED PIENSA QUE LE HAYA AFECTADO: (Ejemplos: Nacimiento de un hermano(a), muerte en la familia; divorcio; enfermedades; cambio frecuente de escuela, abuso))

| EVENT (EVENTO) | CHILD’S AGE (EDAD DEL NIÑO(A)) | COMMENTS (COMENTARIOS) |
|-------------------|-----------------------------------|---------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

BEHAVIORS OF CONCERN: (COMPORTAMIENTOS QUE LE PREOCUPAN)

*****Please check any of the following which are concerning or unusual (when compared to children of the same age as your child)**

*****(Favor marque cualquier casilla que le preocupe o que sea inusual (comparado a otros niños de la misma edad de su niño(a).))**

| | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Short attention span (Corto plazo de atención) <input type="checkbox"/> Poor organization skills (Falta de organización) <input type="checkbox"/> Incomplete tasks or assignments (Trabajo o tarea incompleta) <input type="checkbox"/> Restless, fidgety (Inquieto, nervioso) <input type="checkbox"/> Impulsive (Impulsivo) <input type="checkbox"/> Attention-seeking (Busca la atención de los demás) | <input type="checkbox"/> Anxiety (Ansiedad) <input type="checkbox"/> Frequently sad (Triste con frecuencia) <input type="checkbox"/> Low self-esteem (Autoestima baja) <input type="checkbox"/> Bullied (Es acosado/intimidado) <input type="checkbox"/> Hears or sees things others do not (Escucha o ve cosas que otras personas no ven o escuchan) | <input type="checkbox"/> Tantrums (Rabietas) <input type="checkbox"/> Aggressive behavior (Comportamiento agresivo) <input type="checkbox"/> Mood swings (Altibajos en el ánimo) <input type="checkbox"/> Irritability (Irritabilidad) <input type="checkbox"/> Fighting (Peleas) <input type="checkbox"/> Argumentative (Argumentativo) <input type="checkbox"/> Lying (Mentiras) <input type="checkbox"/> Stealing (Robo/hurto) <input type="checkbox"/> Destruction of property (Destrucción de propiedad) <input type="checkbox"/> Cruelty to animals (Crueldad con los animales) <input type="checkbox"/> Bullies others (Intimida/acosa a los demás) <input type="checkbox"/> Unusual sexual behavior (Comportamiento sexual inusual) | <input type="checkbox"/> Reading (Lectura) <input type="checkbox"/> Spelling (Deletrear palabras) <input type="checkbox"/> Math (Matemática) <input type="checkbox"/> Speech (Habla) <input type="checkbox"/> Writing skills (Destrezas de escritura) |
| <input type="checkbox"/> Rarely responds to name (Rara vez responde a su nombre) <input type="checkbox"/> Poor eye contact (No mira mucho a los ojos) | <input type="checkbox"/> Unusual repetitive behaviors (hand-flapping, toe-walking) (Comportamientos inusuales repetitivos (agita las manos, camina sobre las puntillas de los dedos)) <input type="checkbox"/> Repetitive speech (Repetición de palabras) | <input type="checkbox"/> Upset by noises (Le molestan los sonidos) <input type="checkbox"/> Sniffs food / people/objects (olfatea comida/gente/objetos) | <input type="checkbox"/> Sleep difficulties: (Dificultades para dormir) <hr/> <input type="checkbox"/> Sleep walking (Camina dormido) |

| | | | |
|--|---|---|---|
| | <input type="checkbox"/> Repetitive play (Repetición de juegos) <input type="checkbox"/> Difficulty with change in routines or during transitions (Dificultad con el cambio en la rutina o durante transiciones) <input type="checkbox"/> Picky eater (Remilgoso para comer) <input type="checkbox"/> Unusual interests: (Le interesan cosas inusuales) _____ | <input type="checkbox"/> Mouths/chews objects or toys (Coloca o mastica objetos o juguetes) <input type="checkbox"/> Upset by clothing textures (Le molesta la textura de la ropa) <input type="checkbox"/> Dislikes being touched (No le gusta que lo/la toquen) | <input type="checkbox"/> Night terrors/nightmares (Terror nocturnos/pesadillas) |
|--|---|---|---|

PEER RELATIONSHIPS & SOCIAL SKILLS: (RELACIONES CON SUS SEMEJANTES Y DESTREZAS SOCIALES)

Is your child sought by peers for friendship? Yes (Sí) No
(¿Los compañeros de su niño(a) lo(a) buscan para ser amigos?)

Does your child have trouble making or keeping friends? Yes (Sí) No *If yes, please explain:*
(Su niño(a) tiene dificultad haciendo o manteniendo amigos? _____ (Si indicó que sí, favor explique:)

With whom does your child prefer to play? Younger children Older children Same-age children
(Con quién prefiere jugar su niño(a)?) (Niños mas pequeños) (Niños más grandes) (Niños de la misma edad)
 Family members only Alone/Solitario Adults
(Solo con familiares) (Solo/Solitario) (Adultos)

INTERESTS & ACCOMPLISHMENTS OF YOUR CHILD: (INTERÉSES Y LOGROS DE SU NIÑO(A))

What are your child's favorite toys, games, hobbies, and interests? _____
(¿Cuáles son los juegos, juguetes, pasatiempos e intereses favoritos de su niño(a)?)

Clubs, sports, recreational activities: _____
(Clubs, deportes, actividades de recreo)

What does your child do best? _____
(¿Qué es lo mejor que hace su niño(a)?)

What does your child dislike doing the most? _____
(¿Qué es lo que menos que le gusta hacer a su niño(a)?)

What do you like most about your child? _____
(¿Qué es lo más que le gusta a usted sobre su niño(a)?)

CURRENT THERAPIES: (TERAPIAS ACTUALES)

| THERAPY TYPE: (SPEECH, OCCUPATIONAL, PHYSICAL, ABA, BEHAVIORAL/COUNSELING) (TIPO DE TERAPIA: (HABLA, OCUPACIONAL, FÍSICA, ABA, COMPORTAMIENTO/CONSEJERÍA)) | FREQUENCY: (1X WEEK/2X) (FRECUENCIA: UNA VEZ POR SEMANA / 2 VECES POR SEMANA) | SETTING: (EARLY INTERVENTION/PRIVATE/SCHOOL) (SITIO: (INTERVENCIÓN TEMPRANA/ PRIVADO/ ESCUELA)) |
|---|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

EDUCATIONAL INTERVENTIONS (INTERVENCIONES EDUCATIVAS)

SCHOOL SETTING AND GRADE: **Public/private:** _____ **Virtual**
 (SITIO ESCOLAR Y NIVEL) (Escuela Pública/privada) (Virtual)
 In-person **Homeschool** **Homeschool co-op**
 (Presencial) (Escuela en el Hogar) (Escuela en el Hogar- Cooperativa)

AFTER AGE 3: SPECIAL EDUCATION SERVICES (PAST OR PRESENT)

(DESPUÉS DE LA EDAD DE LOS 3 AÑOS: SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL) (EN EL PASADO O EN EL PRESENTE)

- My child does not receive special education or 504 services** (mi niño no recibe servicios de educación especial ni servicios 504)
 504 PLAN (Plan 504)
 SPECIAL EDUCATION (IEP) (Plan de Educación Especial Individualizada) (IEP)

DEVELOPMENTAL MILESTONES (LOGROS EN EL DESARROLLO)

***PLEASE INDICATE THE APPROXIMATE AGE WHEN YOUR CHILD WAS CONSISTENTLY ABLE TO DO THE FOLLOWING:
 (POR FAVOR INDIQUE A QUÉ EDAD APROXIMADAMENTE SU NIÑO(A) PUDO REALIZAR REGULARMENTE LO SIGUIENTE)

| GROSS MOTOR MILESTONES (DESTREZAS MOTORAS GRUESAS) <i>(indicate age in months or years) (indique la edad en meses o en años)</i> | AGE (EDAD) |
|--|------------------------------|
| • Rolled over (Se volteó solo(a)) | ___ months (meses) |
| • Sits independently (Se sentó solo(a)) | ___ months (meses) |
| • Crawled (Gateó) | ___ months (meses) |
| • Pulled to Stand (Haló para pararse) | ___ months (meses) |
| • Walked independently (Caminó independientemente) | ___ months (meses) |
| • Rode a bicycle <u>without</u> training wheels (Montó bicicleta <u>sin</u> ruedas auxiliares) | ___ years (años) |

| FINE MOTOR MILESTONES (DESTREZAS MOTORAS FINAS) <i>(indicate number of months or years) (indique la edad en meses o en años)</i> | AGE (EDAD) |
|--|------------------------------|
| • Drank from a cup (no lid, minimal spilling) (Tomó de una taza (sin tapa, derramando lo mínimo)) | ___ months (meses) |
| • Uses utensils to eat (Usó utensilios para comer) | ___ months (meses) |
| • Able to dress themselves (Pudo vestirse solo(a)) | ___ years (años) |
| • Toilet trained (Fue entrenado para usar el baño/inodoro) | ___ years (años) |
| • Scribbles (Dibujó garabatos) | ___ years (años) |

| LANGUAGE MILESTONES (LOGROS EN EL LENGUAJE) <i>(indicate number of months or years) (indique la edad en meses o en años)</i> | AGE (EDAD) |
|---|------------------------------|
| • Babbled (ba-ba-ba, ma-ma-ma) (balbuceó ba-ba-ba, ma-ma-ma) | ___ months (meses) |
| • Said “dada” (specifically for father)/ Said “mama” (specifically for mother) (Dijo “dada” (específicamente para referirse a papá) / (Dijo “mama” (específicamente para referirse a mama)) | ___ months (meses) |
| • Said first word (other than “mama” or “dada”) (Dijo la primera palabra además de “mama” o “dada”) | ___ months (meses) |
| • Consistently used two-word phrases (Utilizó frases de dos palabras consistentemente) | ___ months (meses) |
| • Stated full name (Declaró su nombre completo) | ___ months (meses) |

| | |
|---|------------------------------|
| • Pointed to pictures in a book (Apuntó/señaló a los dibujos en un libro) | ___ months (meses) |
| • Pointed to body parts (Apuntó/señaló a las partes del cuerpo) | ___ months (meses) |

| SOCIAL MILESTONES (LOGROS SOCIALES) <i>(indicate number of months or years) (indique la edad en meses o en años)</i> | AGE (EDAD) |
|--|------------------------------|
| • Looks in the direction you were looking/pointing (Mira en la dirección que uno apunta/señala) | ___ months (meses) |
| • Smiles (Sonríe) | ___ months (meses) |
| • Waves (Mueve las manos para decir hola/adiós) | ___ months (meses) |
| • Brings you objects to show or share with you (not just to request help like opening a container) (Le trae objetos para mostrarlos o compartirlos con usted (no solo para pedir ayuda como abriendo un recipiente)) | ___ months (meses) |
| • Pointed to show something interesting (and look back to make sure you are seeing it too) (Apunta para mostrarle algo interesante (y mira de nuevo para asegurar que usted lo está viendo también)) | ___ months (meses) |
| • Engages in imaginative play (e.g., feeding a baby doll or making car sounds) (Se involucra en juego imaginativo (ex., alimentando una muñeca bebé o haciendo sonidos de carro)) | Yes/No (Sí/No) |
| • Plays “pat-a-cake” (Juega “palmaditas al pastel”) | Yes/No (Sí/No) |
| • Follows one-step commands (Sigue mandatos de un solo paso) | Yes/No (Sí/No) |

PAST MEDICAL HISTORY (HISTORIAL MÉDICO PASADO)

SERIOUS INJURIES/HOSPITALIZATIONS: None (Ninguna) Yes (Sí) (please provide date and reason) (favor indique la fecha y la razón):
(Lesiones Serias/Hospitalizaciones) _____

PREGNANCY/BIRTH/NEWBORN HISTORY (HISTORIAL DE EMBARAZO/NACIMIENTO/RECIÉN NACIDO)

- Mother’s age at the time of this pregnancy:** _____
(Edad de la madre durante este embarazo)
- Number of pregnancies *prior to or before* the pregnancy with *this* child:** _____
(Número de embarazos *antes de o antes del* embarazo con *este* niño(a))
- Number of children born *prior to* the pregnancy of *this* child:** _____
(Número de niños nacidos *antes del* embarazo con *este* niño)
- Number List any complications or illnesses which occurred during this pregnancy:**
(Haga una lista de cualquier tipo de enfermedad o complicación que sucedió durante este embarazo)

- List medications taken during this pregnancy:** _____
(Haga una lista de los medicamentos que usted tomó durante este embarazo)
- Did the mother drink any alcohol during this pregnancy?** (¿La madre consumió algún tipo de alcohol durante este embarazo?)
 No Yes (Sí) Suspected (Se Sospecha) Unknown (Se Desconoce)
- Did the mother use tobacco products while pregnant?** (¿La madre usó productos con tabaco durante el embarazo?)
 No Yes (Sí) Suspected (Se Sospecha) Unknown (Se Desconoce) **Packs per day** (Cajetillas al Día): _____
- Did the mother take any illegal/street drugs during pregnancy?** (¿La madre utilizó alguna droga ilícita/de la calle durante el embarazo?) No Yes (Sí) Suspected (Se Sospecha) Unknown (Se Desconoce)
➤ Cocaine Marijuana Heroin Other: _____
(Cocaína) (Marihuana) (Heroína) (Otro Tipo)
- Was the baby born on time (term gestation)?** Yes No *Number of weeks born: early* ___ *late* ___

(El bebé nació a tiempo (gestación completa) (Sí) (No) (Número de semanas que nació: (temprano) (tarde)

➤ **State reason (if known) for preterm or early birth:**

(Indique por qué razón (si la sabe) el nacimiento sucedió antes del término o temprano

10. **Type of delivery:** vaginal cesarean section (C/S) forceps vacuum extraction breech

(Tipo de parto: (vaginal) (por Cesarea) (con uso de forceps) (con extracción por vacuum) (pies primero)

Reason for delivery if not vaginal or repeat C/S: (Por qué se realizó el parto, si no fue vaginal o Cesarea repetida)

fetal distress premature rupture of membranes high blood pressure (mother)
(dificultad del feto) (ruptura prematura de las membranas) (alta presión arterial (de la madre))

pre-eclampsia breech presentation Other: _____

(pre eclampsia) (presentación con los pies primero) (Otra razón)

11. **Was resuscitation or oxygen required?** No Yes (Sí)

(¿Fue necesario resucitar o darle oxígeno al bebé?)

12. **Did the baby spend time in the special care nursery or NICU following birth?** No Yes (Sí) (please explain): (explique)

(El bebé pasó tiempo en la guardería de atención especial o en NICU (unidad de cuidado intensivo neonatal) después de nacer?)

13. **Did your baby pass his/her newborn hearing screen prior to discharge from the hospital?** Yes (Sí) No

(¿Su bebé pasó el examen de audición de recién nacido antes de darle de alta del hospital?)

SOCIAL HISTORY (HISTORIAL SOCIAL)

WHO LIVES IN THE HOME WITH THE CHILD? _____

(¿QUIÉN VIVE EN EL HOGAR CON NIÑO(A)?)

PARENT MARITAL STATUS: Single Married Separated Divorced Never married

(ESTADO CIVIL DE LOS PADRES) (Solteros) (Casados) (Separados) (Divorciados) (Nunca se casaron)

Are both parents involved in the life of this child? (¿Ambos padres están involucrados en la vida de este niño(a)?)

Yes (Sí) No (child rarely sees (el niño/la niña) rara vez ve a su) Father (Padre) Mother (Madre)

PARENT INFORMATION (INFORMACIÓN DE LOS PADRES)

(**Please include information for biological parents) (**Favor incluya la información de los padres biológicos)

| | FATHER (PADRE) | MOTHER (MADRE) |
|---|----------------|----------------|
| FULL NAME (NOMBRE COMPLETO) | | |
| CURRENT AGE (EDAD ACTUAL) | | |
| OCCUPATION (OFICIO/TRABAJO) | | |
| HIGHEST GRADE COMPLETED (NIVEL ESCOLAR MÁS ALTO QUE PUDO COMPLETAR) | | |
| SOCIAL OR LEGAL PROBLEMS? (¿PROBLEMAS SOCIALES O LEGALES?) | | |

SIBLINGS (HERMANOS-HERMANAS) (Brothers or Sisters) *USE BACK IF NEEDED (*ESCRIBA ATRÁS SI ES NECESARIO)

| NAME (NOMBRE COMPLETO) | SEX (GÉNERO) | AGE (EDAD) | GRADE (NIVEL ESCOLAR) | DEVELOPMENTAL/SCHOOL CONCERNS (INQUIETUDES ESCOLARES/ SOBRE EL DESARROLLO) | FULL OR HALF-SIBLING? (ES HERMANO(A) DE PADRE Y MADRE O MEDIO HERMANO(A)) |
|---------------------------|-----------------|---------------|--------------------------|---|--|
| 1. | | | | | <input type="radio"/> Full (de Padre y Madre) <input type="radio"/> Half (Medio Hermano (a)) Share: <input type="radio"/> Mother <input type="radio"/> Father (Comparte: (Madre) (Padre)) |
| 2. | | | | | <input type="radio"/> Full (de Padre y Madre) <input type="radio"/> Half (Medio Hermano (a)) Share: <input type="radio"/> Mother <input type="radio"/> Father (Comparte: (Madre) (Padre)) |
| 3. | | | | | <input type="radio"/> Full (de Padre y Madre) <input type="radio"/> Half (Medio Hermano (a)) Share: <input type="radio"/> Mother <input type="radio"/> Father (Comparte: (Madre) (Padre)) |
| 4. | | | | | <input type="radio"/> Full (de Padre y Madre) <input type="radio"/> Half (Medio Hermano (a)) Share: <input type="radio"/> Mother <input type="radio"/> Father (Comparte: (Madre) (Padre)) |
| 5. | | | | | <input type="radio"/> Full (de Padre y Madre) <input type="radio"/> Half (Medio Hermano (a)) Share: <input type="radio"/> Mother <input type="radio"/> Father (Comparte: (Madre) (Padre)) |

FAMILY HISTORY (HISTORIAL FAMILIAR)

Please identify family medical history (Favor identifique el historial médico de la familia)

| Illness (Enfermedad) | Mother (Madre) | Father (Padre) | Sister (Hermana) | Brother (Hermano) | Maternal Grandmother (Abuela Materna) | Maternal Grandfather (Abuelo Materno) | Paternal Grandmother (Abuela Paterna) | Paternal Grandfather (Abuelo Paterno) |
|---|-------------------|-------------------|---------------------|----------------------|--|--|--|--|
| Deceased (Ha fallecido) | | | | | | | | |
| - Cause of death (Causa de la muerte) | | | | | | | | |
| ADHD (Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad) | | | | | | | | |
| Aggressiveness (Agresividad) | | | | | | | | |
| Alcohol or Drug Abuse (Abuso de Alcohol o Drogas) | | | | | | | | |

| Illness (Enfermedad) | Mother (Madre) | Father (Padre) | Sister (Hermana) | Brother (Hermano) | Maternal Grandmother (Abuela Materna) | Maternal Grandfather (Abuelo Materno) | Paternal Grandmother (Abuela Paterna) | Paternal Grandfather (Abuelo Paterno) |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------------------|-----------------------------|---|---|---|---|
| Antisocial Behavior (assaults, thefts, arrest, jail) (Comportamiento Antisocial (asaltos, robos, arrestos, carcel)) | | | | | | | | |
| Anxiety disorder (Trastorno de Ansiedad) | | | | | | | | |
| Autism Spectrum Disorder (Asperger Disorder/ Pervasive Developmental Disorder/PDD) (Trastorno dentro del Espectro Autista (Asperger/Trastorno Dominante del Desarrollo)) | | | | | | | | |
| Bipolar Disorder/Manic Depressive (Trastorno Bipolar/Mánico Depresivo) | | | | | | | | |
| Blindness (Ceguera) | | | | | | | | |
| Hearing loss (Falta de Audición) | | | | | | | | |
| Depression (Depresión) | | | | | | | | |
| Genetic disorder (inherited disorders or problems) (Trastornos Genéticos (heredados o problemas)) | | | | | | | | |
| Intellectual disability (cognitive impairment, mentally challenged) (Discapacidad Intelectual (impedimento cognitivo, discapacidad mental)) | | | | | | | | |

| Illness (Enfermedad) | Mother (Madre) | Father (Padre) | Sister (Hermana) | Brother (Hermano) | Maternal Grandmother (Abuela Materna) | Maternal Grandfather (Abuelo Materno) | Paternal Grandmother (Abuela Paterna) | Paternal Grandfather (Abuelo Paterno) |
|--|--------------------------|--------------------------|----------------------------|-----------------------------|---|---|---|---|
| Learning disability (math, writing, reading) (Discapacidad del Aprendizaje (matemática, escritura, lectura)) | | | | | | | | |
| Oppositional Defiant Disorder (Trastorno Oposicional Desafiante) | | | | | | | | |
| Schizophrenia (Esquizofrenia) | | | | | | | | |
| Tourette Syndrome (Tic Disorder) (Síndrome de Tourette (Trastorno de Tic Nervioso)) | | | | | | | | |
| Sexual Abuse (Abuso Sexual) | | | | | | | | |
| Physical Abuse (Abuso Físico) | | | | | | | | |

THANK YOU FOR COMPLETING THIS FORM!
(¡GRACIAS POR HABER COMPLETADO ESTE FORMULARIO!)

(SOLO PARA EL USO DEL PERSONAL DE LA OFICINA)

| |
|--|
| <p>OFFICE USE ONLY: <input type="checkbox"/> I have read and/or added to the above comprehensive history. Dictated: JOB # _____</p> <p>_____ (Date)</p> |
|--|