



FICHA PSICOPEDAGÓGICA
Maternal
Psychopedagogical Card
Pre-K

Grado/Grade _____

Fecha/Date ____ / ____ / ____

Nombre del alumno / <i>Student's Name</i>	Fecha de Nacimiento / <i>Birthdate</i>						
	dd	mm	aaaa				

HISTORIA MÉDICA / MEDICAL HISTORY

Peso actual / <i>Current Weight</i>	Estatura actual / <i>Current Height</i>	Grupo sanguíneo / <i>Bloodtype</i>		
El estado de salud de su hijo(a) es: <i>Your son's/daughter's health is:</i>	() Bueno / <i>Good</i>	() Regular / <i>Fair</i>	() Malo / <i>Poor</i>	
¿Padece actualmente alguna enfermedad? (<i>especifique</i>) / <i>Suffers from a disease (Please specify)?</i>				
¿Toma actualmente algún medicamento? (<i>especifique</i>) / <i>Is under medication (Please specify)?</i>				

¿Su hijo(a) ha presentado algunos de los siguientes padecimientos? <i>Has your son/daughter ever suffered from any of the ailments / disorders listed here below?</i>			
	SI / YES	NO	Especifique / Please Specify
• Problemas Visuales/ <i>Visual problems</i>			
• Problemas Auditivos/ <i>Hearing problems</i>			
• Problemas Motrices/ <i>Problems with motor skills</i>			
• Pie Plano / <i>Flatfooted</i>			
• Cefaleas / <i>Headaches</i>			
• Asma / <i>Asthma</i>			
• Alergias / <i>Allergies</i>			
• Convulsiones / <i>Seizures</i>			
• Traumatismos Cefálicos con Pérdida del Conocimiento / <i>Loss of consciousness due to head trauma.</i>			
• Hospitalización / <i>Been Hospitalized</i>			
• Intervención Quirúrgica / <i>Surgery</i>			
¿Presenta anomalías en su apetito? (<i>especifique</i>) / <i>Eating disorders (specify)?</i>			
¿Qué desayuna? / <i>What does your son/daughter usually eat for breakfast?</i>			
Horas diarias de sueño / <i>Number of Hours of Sleep</i>	Horario de sueño / <i>Sleeping Schedule</i>		
	De / <i>From</i> _____ a / <i>To</i> _____ horas / <i>hours</i>		

Problemas de sueño / Sleep disorders	SI YES	NO	Especifique / Please Specify
• Pesadillas / Nightmares			
• Temores Nocturnos / Night Fears			
• Sonambulismo / Sleepwalking			
• Duerme en exceso / Excessive Sleep			
• Ronca / Snores			
• Insomnio / Insomnia			
• Problemas Respiratorios / Breathing problems			
• Apneas Respiratorias / Sleep Apnea			
¿Ha recibido alguna terapia de apoyo? / Has child received any type of therapy? Si / YES _____ No _____			
a. Lenguaje / Language ()		c. Motricidad / Motor Skills ()	
b. Emocional / Emotional ()		d. Otro / Other ()	
Motivo / Cause		Edad en la que inicio su tratamiento / Child's age when it started	Duración de Tratamiento / Length of Treatment
Nombre de su Médico tratante / Name of attending physician/therapist?			Tel / Phone

ANTECEDENTES DE DESARROLLO / GROWTH AND DEVELOPMENT BACKGROUND

Problemas en el embarazo / disorders during pregnancy	SI YES	NO	Especifique / Please Specify
• Caídas / Falls or Injuries			
• Infecciones / Infections			
• Preeclampsia			
• Problemas emocionales / Emotional Problems			
• Riesgo o amenaza de aborto / Risk or threat of Abortion			
• Intoxicación / Intoxication			
• Radiaciones / Radiation			
• Drogas / Drugs			
• Incompatibilidad Sanguínea / Blood incompatibility			
• Fue Prematuro / Premature Birth			
• Fórceps / Forceps			
• Cesárea / Cesarean Section			
• Le faltó Oxígeno / Oxygen Deprived			
• Otro / Other			

Edad Aproximada en la que su hijo (a) comenzó a... / Approximate age at which child started:

• Gatear / Crawling	_____ años / years old	_____ meses / months old
• Caminar / Walking	_____ años / years old	_____ meses / months old
• Balbucear Palabras / Uttering First Words	_____ años / years old	_____ meses / months old
• Controlar Esfínteres / Sphincter (Bladder and Bowel) Control		
DIURNO/DAYTIME (YES) (NO) NOCTURNO/NIGHTTIME (YES) (NO)		
Edad Aproximada / HOW OLD? _____ años / years old _____ meses / months old		

PERSONALIDAD, CONDUCTA Y ADAPTACION SOCIAL / PERSONALITY, BEHAVIOR & SOCIAL SKILLS

¿Presenta temor especial hacia alguna cosa o evento particular? (especifique) / <i>Displays significant fear toward a specific object or event? (Please specify)</i>					
¿Qué hace cuando su hijo(a) no obedece? / <i>What do YOU usually do when your child disobeys?</i>					
GRADO DE AUTOSUFICIENCIA / DEGREE OF SELF -SUFFICIENCY					
Actualmente su hijo: / At present your child is able to:	Siempre Always	Muchas veces Often	Algunas veces Sometimes	Casi nunca Seldom	Nunca Never
• Come por sí solo / <i>Eat on his/her own</i>					
• Mete los brazos en las mangas / <i>Puts the arms in the sleeves by her/himself.</i>					
• Se quita los calcetines, suéter o pantalones / <i>Able to take off socks, sweate or trousers (pants) by her/himself</i>					
Iniciativa / Initiative					
• Sigue indicaciones sencillas / <i>Follows simple instructions</i>					
• Avisa cuando quiere ir al baño / <i>Lets you know when he needs to go to the</i>					
Orden en el trabajo / works in an orderly fashion					
• Ayuda a recoger sus juguetes / <i>Helps pick up his toys</i>					
• Sabe donde van sus pertenencias / <i>Knows where to put away his personal belongings</i>					
• Permanece sentado a la hora de comer / <i>Remains seated during meals</i>					
Relaciones sociales / social interactions					
• Se adapta a situaciones nuevas / <i>Easily adapts to new situations</i>					
• Le gusta interactuar con los adultos que le son familiares / <i>Likes to intract with adults he knows</i>					
• Juega cuando hay otro niño presente. / <i>Plays when other kid is in the room.</i>					
• Comparte sus juguetes / <i>Shares his Toys</i>					
• Abraza, acaricia y besa a las personas conocidas. / <i>Huggs, caresses and kisses familiar people he knows.</i>					
• Saluda a otros niños o adultos cuando se le recuerda. / <i>Remembers other kids or Adults if reminded.</i>					
• Repite las acciones que producen risa. / <i>Repeats gestures which evoke laughter.</i>					

¿De acuerdo a la etapa de desarrollo, su hijo presenta alguna de estas características? / <i>According to your child's development stage, does he/display any of the following traits?</i>	SI YES	NO	Especifique / Specify
Lenguaje / language			
● Encuentra la fuente que produce un sonido / <i>Is able to find the source of a noise</i>			
● Llora cuando quiere algo / <i>Cries when he/she wants something</i>			
● Se comunica por medio de gestos / <i>Communicates through signs.</i>			
● Se comunica por medio de sonidos / <i>Communicates through sounds.</i>			
● Se comunica por medio de llanto / <i>Expresses through crying.</i>			
● Emite palabras aisladas / <i>Utters isolated words</i>			
● Emite frases de dos palabras o más. / <i>Produces phrases with two or more words.</i>			
● Responde o va cuando le llaman. / <i>Responds or complies when called</i>			
● Señala 3 o más partes de su cuerpo / <i>Is able to identify and point to 3 or more of his/her body parts</i>			
● Sigue indicaciones y realiza instrucciones cortas / <i>Follows simple instructions</i>			
Motricidad / motor skills			
● Baja de un mueble sin ayuda / <i>Is able to climb down from furniture unaided</i>			
● Camina y corre sin ayuda			
● Se rueda solo de costado			
● Le cuesta trabajo conciliar el sueño. / <i>Has problems falling asleep.</i>			
● Se despierta en la noche. / <i>Wakes up at night.</i>			
● Necesita de un ritual para dormirse. / <i>Requires a ritual before going to sleep.</i>			
● Llora cuando no recibe lo que quiere. / <i>Cries when he doesn't get what he wants.</i>			
● Cuando llora lo hace por periodos prolongados / <i>When crying does so for prolonged episodes.</i>			
● Es incansable / <i>Is tireless</i>			
● Le pega a otros niños. / <i>Hits other children.</i>			
● Se chupa el dedo (trapito, ropa etc.) / <i>Sucks on thumb (cloth, garments, etc.)</i>			
● Usa objeto transicional (chupón, trapito, etc.) / <i>Uses a pacifier, garment or other transitional weaning withdrawal mechanism.</i>			
● Respeta la rutina diaria. / <i>Follows daily routine.</i>			
● Se frustra con facilidad. / <i>Frustrates easily.</i>			

Gracias por sus respuestas / Thank you for your responses

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE / FATHER'S SIGNATURE

NOMBRE Y FIRMA DE LA MADRE / MOTHER'S SIGNATURE