



FICHA PSICOPEDAGÓGICA
Jardín de Niños
Psychopedagogical Card
Kindergarten

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? (especifique) / <i>Suffers from a disease (Please specify)?</i>				
¿Toma actualmente algún medicamento? (especifique) / <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? (especifique) / <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			
• Apneas Respiratorias / Sleep Apnea			
¿Ha recibido alguna terapia de apoyo? / Has child received any type of therapy? Si / YES _____ No _____			
a. Aprendizaje / Learning ()	d. Emocional / Emotional ()	g. Otro/Other ()	
b. Lenguaje / Language ()	e. Familiar / Family ()		
c. Social / Social ()	f. Física / Physical ()		
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 responsabilidades tiene su hijo(a) en casa? / <i>What chores/housekeeping duties is child responsible of doingr?</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>					
• Se viste por sí mismo / <i>Gets dressed on his/her own</i>					
• Se baña solo / <i>Showers on his/her own</i>					
Iniciativa / Initiative					
• Guarda un juguete u objeto en su lugar sin que se le pida. / <i>Stores his/her belongings or toys without having to be asked.</i>					
• Da usos diversos a un mismo material / <i>Uses one thing in different ways</i>					
• Elige su ropa para algunas ocasiones / <i>Chooses his/her outfit on occasion</i>					
Orden en el trabajo / works in an orderly fashion					
• Coopera con el orden en casa. / <i>Cooperates with maintaining order in the house.</i>					
• Sigue la rutina establecida en casa / <i>Follows the routine set at home.</i>					
• Reconoce algunas de sus pertenencias / <i>Identifies his/her belongings</i>					
• Permanece sentado a la hora de comer / <i>Remains seated during meals</i>					
Relaciones sociales / social interactions					
• Le agrada jugar con otros niños. / <i>Enjoys playing with other children</i>					
• Le gusta interactuar con los adultos que le son familiares / <i>Likes to intract with adults he knows</i>					
• Juega solo sin necesidad de compañía / <i>Plays on his/her own without needing the presence of other children or adults</i>					
• Repite las acciones que producen risa / <i>Repeats actions that cause him/her 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 o sonidos / <i>Communicates through signs and sounds</i>			
● Emite palabras aisladas / <i>Utters isolated words</i>			
● Pide lo que desea con palabras / <i>Requests what he/she wants using words</i>			
● Forma frases con dos palabras o más / <i>Is able to produce phrases using two or more words</i>			
● Emplea oraciones compuestas / <i>Uses compound sentences</i>			
● Utiliza adverbios, y verbos conjugados en diferentes tiempos / <i>Uses adverbs and verbs in different tenses</i>			
● Señala 6 o más partes de su cuerpo / <i>Is able to identify and point to 6 or more of his/her body parts</i>			
● Habla consigo mismo en voz alta / <i>Talks to himself/herself out loud</i>			
Motricidad / motor skills			
● Baja de un mueble sin ayuda / <i>Is able to climb down from furniture unaided</i>			
● Introduce fichas por una ranura / <i>Can put chips through a slot</i>			
● Sube y baja escalones poniendo ambos pies en cada escalón / <i>Goes up and down the stairs placing both feet on each step</i>			
● Desabrocha botones grandes / <i>Unbuttons big buttons</i>			
● Alterna los pies al subir escalones / <i>Alternates feet when going up the stairs</i>			
● Salta con los pies juntos / <i>Jumps with both feet together</i>			
● Avienta una pelota / <i>Is able to throw a ball</i>			
Independencia / independence			
● Come solo con cuchara / <i>Eats with a spoon without help</i>			
● Se quita sin ayuda alguna prenda (calcetines o suéter o pantalones) / <i>Is able to take off clothing unaided such as his/her socks, sweater or pants</i>			
● Se desviste y viste completamente sin ayuda / <i>He/she is able to completely undress without help</i>			
● Mete los brazos por las mangas / <i>Is able to put his/her arms through the sleeves</i>			
● Se viste sin ayuda / <i>Gets dressed without help</i>			
● Avisa cuando quiere ir al baño / <i>Lets you know when he/she needs to use the bathroom</i>			

Marque la frecuencia en que se presenta las conductas de su hijo. / <i>Mark with an "x" the answer that better describes your child's behavior</i>	Siempre <i>Always</i>	Muchas veces <i>Often</i>	Algunas veces <i>Sometimes</i>	Casi nunca <i>Seldom</i>	Nunca <i>Never</i>
• Sigue y realiza instrucciones cortas / <i>Follows short instructions</i>					
• Parece no escuchar cuando se le llama / <i>Seems not to listen (is unresponsive) when called</i>					
• Se le dificulta reconocer el peligro / <i>Has difficulty recognizing danger</i>					
• Llora cuando no se le da lo que quiere / <i>Cries when he/she does not get what he/she wants</i>					
• Se frustra con facilidad / <i>Is easily frustrated</i>					
• Se enoja con facilidad / <i>Angers easily</i>					
• Es incansable / <i>Is untiring</i>					
• Cambia rápidamente de un juego a otro / <i>Will quickly change from one activity to another</i>					
• Solo juega si está acompañado / <i>Only plays when he/she is accompanied</i>					
• Se aburre fácilmente / <i>Gets bored easily</i>					
• Se le dificulta compartir sus juguetes / <i>Has difficulty sharing his/her toys</i>					
• Pega o empuja otros niños / <i>Hits or pushes other children</i>					
• Cuando llora lo hace por periodos prolongados / <i>He/she cries for prolonged periods of time</i>					
• Se chupa el dedo (manos, ropa etc.) / <i>Sucks his/her thumb (or hands, clothing, etc.)</i>					
• Usa objeto transicional (chupón, trapito, etc.) / <i>Uses a weaning aid (nipple, garment, etc.)</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*