

Estimado padre de familia o cuidador:

El folleto adjunto explica cómo prepararse para su cita en la Clínica Pediátrica de Desarrollo y Comportamiento de la Universidad de California Campus San Diego (UCSD, por sus siglas en inglés). Por favor, lea **PRIMERO** el folleto completo ya que puede contestarle sus preguntas o dudas. Los siguientes pasos describen el proceso para obtener una cita:

**1 El médico de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) o el proveedor que realiza la derivación envía por fax la derivación al 858-496-9257.**

Este paquete contiene el formulario que usted debe entregarle a su PCP para que lo llene, no obstante, consulte con su PCP para ver si ya inició el proceso de derivación. El formulario de derivación del PCP debe incluir los códigos de diagnóstico del paciente.

**2 Autorización del seguro:** para que se programe la cita de su consulta, debemos recibir la autorización de su seguro o usted debe aceptar pagar por usted mismo. La autorización se solicitará una vez que el paquete esté completo y el paciente lo haya entregado. Usted será responsable de los copagos, deducibles o pagos por cuenta propia al momento de la consulta.

**3 Formulario de inscripción infantil y cuestionarios**

Pídale al maestro de su hijo (o maestros, si tiene varios) que conteste el **cuestionario escolar**. Si su hijo no va a la escuela, entonces la niñera, proveedor de servicios de guardería, consejero de campamento, tutor, etc. pueden contestar el cuestionario escolar. Puede pedirle al maestro que envíe los formularios, sin embargo, recomendamos que le pida los formularios al maestro de su hijo y los envíe junto con el resto del paquete. **Los padres deben llenar el formulario de inscripción infantil y el cuestionario para padres dentro de los 60 días de haberlos recibidos.**

**La oficina de la Clínica Pediátrica de Desarrollo y Comportamiento debe recibir todos los cuestionarios contestados antes de programar una cita:**

**4 Los formularios LLENADOS** pueden enviarse a la Clínica Pediátrica de Desarrollo y Comportamiento de una de 3 maneras:

**Por correo postal:**

UCSD Pediatric Associates  
Attn: Developmental-Behavioral Pediatrics  
7910 Frost St, Suite 360  
San Diego, CA 92123

**Por Fax:**

**(858) 496-9257**

**En persona, en la clínica:**

**UCSD Developmental Behavioral Pediatrics**  
7910 Frost Street, Suite 360 San Diego, CA 92123

**5** Puede proporcionar la **documentación adicional** que considere útil para la evaluación de su hijo, por ejemplo:

- Documentos de la escuela, como los programas personalizados de educación (IEP, por sus siglas en inglés) y evaluaciones escolares
- Evaluaciones realizadas en otros centros médicos (por ejemplo, neurología, genética, etc.)
- Evaluaciones realizadas en centros no médicos, como California Early Start, Regional Center, First 5
- Análisis de laboratorio o estudios por imágenes realizados fuera de Rady Children's Hospital
- Notas o una carta del terapeuta o consejero, si es que su hijo ha visto a uno.

**6 Programación:** una vez que se hayan realizado todos los pasos, el personal se comunicará con usted para programar la consulta.

**Si tiene preguntas, por favor llame al (858) 246 0053**

**Quedamos en espera de servirle a su familia**



Estimados Padres,

Su niño(a) está siendo evaluado(a) por problemas en poner atención, problemas en la escuela, o problemas de conducta. Como parte de esta evaluación, les pedimos que sigan los siguientes pasos:

**PASO#1:**

- Completan el formulario de registro y**
- Completan las formas de los padres.**

**PASO #2:**

- Lleven las formas de la escuela a el maestro/la maestra de su niño(a).**
  - **Si su niño(a) tiene más de un(a) maestro(a),** Por favor asegurese de que DOS MAESTROS(AS) completen el paquete. (Usted o la escuela pueden hacer copias de las formas).
  - **Si su niño(a) está de vacaciones o no esta inscrito en la escuela, usted puede:**
    - Esperar a que comiencen las clases o
    - Puede darle las formas a la persona que cuida a su niño(a) o a su consejero, si se encuentra en un campamento.
- Colecten las formas que fueron llenadas por el/la maestro(a) de su niño(a).**

**PASO #3:**

- Quando hayan llenado las formas de los padres y hayan colectado las formas de los maestros, HAGAN UNA CITA con el/la doctor(a) de su niño(a).**

Gracias por su interés y por el compromiso que mantienen por ayudar a su niño(a). Estamos deseosos de trabajar con ustedes.



# FORMULARIO DE REGISTRO DEL NIÑO

Por favor usar letra de molde

<b>Nombre del niño/de la niña:</b>	<b>Sexo:</b> M F	<b>Fecha de nacimiento:</b>
Dirección de correo:	Ciudad:	Estado/Zona Postal:
Teléfono de casa, con código del área ( )	Seguro médico del niño:	
Numero de suguro social del niño/de la niña:	Grupo Etnico/raza del niño:	

**Guardian legal del niño/de la niña (Circule uno):** Madre Padre Ambos Otro tutor/persona responsable: \_\_\_\_\_

<b>Nombre de la madre:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Teléfono de casa:</b> ( )
Estado civil: Sol Cas Vda Div Separ	si vuelta a casar, nombre del esposo:	
Dirección de correo:	Ciudad:	Estado/Zona Postal:
<i>Si es aplicable:</i> Ocupación	Lugar de trabajo:	
Teléfono del trabajo ( )	Celular/ Localizador ( )	

<b>Nombre del padre:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Teléfono de casa:</b> ( )
Estado civil: Sol Cas Vdo Div Separ	si vuelto a casar, nombre de la esposa:	
Dirección de correo:	Ciudad:	Estado/Zona Postal:
<i>Si es aplicable:</i> Ocupación	Lugar de trabajo:	
Teléfono del trabajo ( )	Celular/ Localizador ( )	

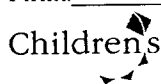
*Si hay algun otro guardian que no sea el padre o la madre del niño/de la niña, favor de completar la siguiente informacion:*

<b>Otro(s) tutor(es)/ persona(s) responsable(s):</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Teléfono de casa:</b> ( )
<b>Relación con el niño:</b>	Estado civil: Sol Cas Vdo Div Separ	
Dirección de correo:	Ciudad:	Estado/Zona Postal:
<i>Si es aplicable:</i> Ocupación	Lugar de trabajo:	
Teléfono del trabajo ( )	Celular/ Localizador ( )	

**PADRES:** Antes de que podamos evaluar a su hijo(a), necesitamos colectar información de la escuela, de los expedientes médicos de su hijo(a), y de otros profesionales que esten involucrados en el cuidado de su hijo(a). Necesitamos su permiso para hacer esto. Por favor firme abajo.

**EXPEDIENTES MÉDICOS:** Doy mi autorización para que se proporcione cualquier información entre los profesionales que están tratando a mi niño(a), incluyendo otros médicos, psicólogos, consejeros y personal de la escuela; esto incluye: resultados de pruebas psicoeducativas, evaluaciones de calificaciones, reportes de calificaciones, planes individuales educativos (IEPs), y comentarios, opiniones, pareceres o impresiones. Una copia de esta autorización es tan válida como el documento original, hasta 24 meses de la fecha indicada abajo.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

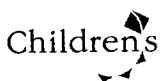


Preparado por el Centro de Investigación de Niños y Adolescentes (CASRC) en colaboración con el Comité de Guías para TDAH (ADHD) en Pediatría (proyecto C-GAP) del Hospital Infantil y Centro de Salud (Children's Hospital and Health Center (CHHC)), para uso en el proyecto ADHD en San Diego. Derechos de autor © CHHC San Diego, 2003. Reservados todos los derechos. Este documento no puede ser copiado ni reproducido de ninguna manera, ni parcial ni totalmente, sin la autorización expresa de CASRC y CHHC en San Diego.



# CUESTIONARIO PARA LOS PADRES: SALUD DEL NIÑO

Nombre del niño/ de la niña:		Fecha de hoy:
Fecha de nacimiento:		Edad:
Doctor del niño:		Teléfono del doctor:
Nombre de la persona que está llenando este formulario:		Relación con el niño: <span style="float: right;">Teléfono:</span>
¿Quién le sugirió que un doctor viera al niño/ a la niña por problemas de atención, de conducta, o problemas en la escuela?		
¿Qué preocupaciones tiene con este(a) niño(a)?		
1.		
2.		
3.		
¿Cuánto tiempo ha estado preocupado(a) por la conducta o el comportamiento del niño(a)?		
Por favor describa las áreas más fuertes (puntos fuertes o cualidades) del niño en la casa:		Por favor describa las áreas más débiles (puntos débiles o defectos) del niño en la casa:
1.		1.
2.		2.
3.		3.
<b>Historial del nacimiento:</b>		
¿Qué edad tenía la madre del niño cuando el niño/ la niña nació?		
Número de embarazos antes de que naciera este niño/ esta niña		
Número de niños que todavía viven		
Número de abortos espontáneos (fracasos, fallos, malogros o malpartos)		
¿Cuánto pesó el bebé al nacer? _____ Libras _____ Onzas		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Nació el(la) niño(a) dos semanas o más antes de "la fecha debida, esperada o supuesta como final del embarazo"?
		Si nació antes de "la fecha debida o esperada", ¿qué tan temprano? _____ semanas
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Nació el bebé por medio de cesárea (C-section)?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Hubo problemas durante el embarazo?
		Si la respuesta es sí, por favor describa:
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Hubo uso o consumo de alguna(s) sustancia(s) durante el embarazo?
		_____ Cerveza/ vino _____ Alguna medicina de receta _____ Metanfetaminas (Crystal / Ice) _____ Marijuana _____ Cocaína _____ Tabaco _____ Alcohol _____ Otra sustancia:
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Hubo problemas durante el parto, al nacimiento o después del nacimiento?
		Si la respuesta es sí, por favor describa:
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿El padre natural del niño usó o consumió algunas sustancias o medicinas alrededor de la fecha de concepción del niño/ de la niña?
		Si la respuesta es sí, por favor describa:
<b>Historia del desarrollo del niño:</b>		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	A los 8 meses, ¿el niño/ la niña ya se ponía derecho(a) o se sentaba derecho(a) sin necesitar apoyo?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	A los 10 meses, ¿ya gateaba el niño/ la niña?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	A los 15 meses, ¿ya caminaba el niño/ la niña?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	A los 2 años, ¿el niño/ la niña ya hablaba usando oraciones de dos palabras?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	A los 3 años de edad, ¿podían entender al niño/ la niña las personas que no lo/ la conocían?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	A los 3 ½ años de edad, ¿el niño/ la niña ya se mantenía seco(a) o no se orinaba durante el día?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	A los 6 años de edad, ¿el niño/ la niña ya leía palabras fáciles o simples?





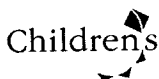
## CUESTIONARIO PARA LOS PADRES: SALUD DEL NIÑO (continuación)

Nombre del niño/ de la niña:				
<b>Historial de la conducta del niño/ de la niña:</b>				
Sí	No	En la infancia, de bebé o cuando era chico(a), pequeño(a), ¿el niño/ la niña <b>lloraba seguido o frecuentemente</b> ?		
Sí	No	¿Era <b>difícil calmar</b> a este niño/ esta niña en su infancia, de bebé o cuando era chico(a)?		
Sí	No	En la infancia, de bebé o cuando era chico(a), ¿el niño/ la niña <b>tenía problemas para dormir</b> –por ejemplo, no se podía estar quieto(a), era nervioso(a), o era demasiado <b>soñoliento(a)</b> , <b>dormilón/ dormilona</b> ?		
Sí	No	En la infancia, de bebé o cuando era chico(a), ¿el niño/ la niña era <b>delicado(a) o remilgoso(a) para comer</b> , o <b>no comía de forma regular</b> ?		
Sí	No	Cuando estaba aprendiendo a caminar, ¿el niño/ la niña <b>tenía muchos berrinches o rabietas</b> ?		
Sí	No	¿Tuvo usted <b>problemas porque no le duraban las niñeras</b> por culpa del comportamiento del niño(a)?		
Sí	No	¿El niño/ la niña <b>se hace pipí, se mea u orina por accidente</b> ?		
Sí	No	¿El niño/ la niña <b>hace sus necesidades (se hace popó o caca) por accidente</b> ?		
Sí	No	¿El niño/ la niña tiene <b>pesadillas</b> seguido o frecuentemente?		
Sí	No	¿Este(a) niño(a) ha tenido alguna vez <b>tics, contracciones o movimientos nerviosos</b> , tales como pestañear, tirones o sacudidas de la cabeza, encoger los hombros, sorber por la nariz, o aclarar la garganta repetidamente?		
Sí	No	¿El niño/ la niña tiene <b>problemas para conciliar el sueño o para dormirse</b> ? Especifique:		
Sí	No	¿El niño/ la niña tiene <b>problemas de no poder permanecer dormido(a)</b> durante la noche? Especifique:		
Sí	No	¿El niño/ la niña tiene <b>problemas en levantarse</b> por las mañanas? Especifique:		
Sí	No	¿El niño/ la niña tiene <b>dolores de estómago y/ o de cabeza frecuentes</b> ? Especifique:		
Sí	No	¿Este niño/ esta niña tiene <b>problemas con su peso</b> ?		
<b>Historial de la salud:</b>				
Sí	No	¿Ha tenido este niño/ esta niña <b>problemas serios o importantes de salud</b> ? Especifique:		
Sí	No	¿Ha tenido este niño/ esta niña <b>infecciones del oído</b> frecuentes?		
Sí	No	¿Ha tenido este niño/ esta niña <b>problemas de la vista / de los ojos, o del oído</b> ? Especifique:		
Sí	No	¿Alguna vez ha estado <b>hospitalizado(a)</b> , o ha tenido <b>cirugía</b> este(a) niño(a)? Especifique:		
Sí	No	¿Este niño/ esta niña tiene algún <b>defecto de nacimiento</b> o alguna <b>marca de nacimiento</b> ? Especifique:		
Sí	No	¿El niño(a) ha perdido el <b>conocimiento</b> o ha tenido una <b>lesión seria en la cabeza</b> ? Especifique:		
Sí	No	¿Ha tenido este niño/ esta niña <b>meningitis o encefalitis</b> ? Especifique:		
Sí	No	¿Ha tenido este niño/ esta niña <b>ataques o convulsiones</b> ?		
Sí	No	¿Ha tenido el niño/ la niña alguna <b>dificultad con su crecimiento o con su peso</b> ? Especifique:		
<b>Historial médico de la familia:</b> ¿Hay alguien en la familia de este niño/ esta niña que tenga o haya tenido lo siguiente?				
Sí	No	Problemas neurológicos	Si la respuesta es sí, ¿qué relación tiene esta persona con el niño?	Por favor especifique:
Sí	No	Problemas de aprendizaje o dificultades para leer		
Sí	No	Depresión		
Sí	No	Trastorno bipolar (cambios notables de ánimo o de humor; altas y bajas marcadas)/ Maníaco(a) depresivo(a)		
Sí	No	Esquizofrenia		
Sí	No	Defecto de nacimiento		
Sí	No	Problemas con el alcohol o las drogas		
Sí	No	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH/ ADHD) /Trastorno por déficit de atención (TDA/ADD) (problemas en prestar o poner atención)		
Sí	No	Tics o el síndrome de Tourette		
Sí	No	Problemas con la justicia o con la ley		
Sí	No	Uso de medicinas para los nervios, o problemas emocionales		
Sí	No	Historial o antecedentes de abuso físico o sexual		
Sí	No	Otros problemas emocionales		
Sí	No	Problemas de la tiroides		
Sí	No	Exposición a productos químicos tóxicos		



# CUESTIONARIO PARA LOS PADRES: HISTORIAL DEL NIÑO

Nombre del niño(a):		
<b>Historial de tratamiento:</b>		
Sí	No	¿El niño/ la niña ha estado tomando alguna <b>medicina a largo plazo o por mucho tiempo</b> ? Especifique:
Sí	No	¿Actualmente el niño/ la niña está <b>tomando vitaminas o hierbas como suplementos</b> ? Especifique:
<b>¿Qué medicina(s) está tomando actualmente el niño/ la niña?</b>		
	<b>Nombre</b>	<b>Dosis</b>
	<b>Horario y veces al día</b>	
1.		
2.		
3.		
<b>¿Algunos profesionales (tales como doctores, médicos, psiquiatras, trabajadores sociales, programas escolares especiales, terapeutas físicos o tratamientos alternativos) están involucrados o participando en el cuidado del niño? Por favor anótelos:</b>		
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
Sí	No	¿Le han diagnosticado al niño/ a la niña en el pasado un trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH/ADHD), o un trastorno por déficit de atención (TDA/ADD)?
		Si la respuesta es sí, ¿cuándo le diagnosticaron al niño estos problemas? Fecha: Año _____ Mes _____
Sí	No	¿El niño/ la niña ha tomado anteriormente, en el pasado, medicinas para TDAH/ADHD o TDA/ADD?
		Si la respuesta es sí, ¿quedó usted <b>satisfecho(a)</b> con el efecto que las medicinas tuvieron en los síntomas del niño/ de la niña? (Ponga un círculo alrededor de la respuesta) Sí No
<b>Presiones y tensiones:</b>		
Sí	No	¿Han habido <b>cambios grandes, presiones o tensión (estrés) importantes</b> en la vida del niño/ de la niña (por ejemplo, problemas matrimoniales de los padres, una mudanza, un cambio de escuela, el nacimiento de algún hermano o hermana, la muerte de una mascota, etc.)?
		Si es así, por favor especifique, e incluya la edad del niño cuando ocurrió el evento:
		¿Todavía está continuando este estrés? (Ponga un círculo alrededor de la respuesta) Sí No
Sí	No	¿Alguno de los padres o parientes cercanos al niño/ a la niña <b>ha muerto</b> , o ha sufrido alguna <b>enfermedad seria o grave</b> ?
		Si es así, por favor describa el evento e incluya la edad que el niño/ la niña tenía cuando ocurrió:
Sí	No	¿El niño/ la niña <b>ha visto, ha vivido o experimentado alguna cosa, algún hecho, algún evento o suceso traumático</b> –por ejemplo, violencia doméstica, abuso físico o sexual– sobre lo cual a usted le gustaría hablar con su doctor (médico)?
		Si es así, por favor describa el evento e incluya la edad que el niño/ la niña tenía cuando ocurrió:
		¿Todavía continúa este trauma o esta situación? (Ponga un círculo alrededor de la respuesta) Sí No
Sí	No	¿Se espera que haya <b>cambios importantes o gran tensión (estrés)</b> en el futuro?
		Si es así, por favor especifique o describa:





## CUESTIONARIO PARA LOS PADRES: HISTORIAL ESCOLAR

Nombre del niño(a):				
Si su niño(a) está en preescolar o en edad de ir a la escuela, por favor conteste las siguientes preguntas.				
Nombre de la escuela:		Distrito escolar:		
Maestro(a) (más importante, primario):		Director(a) de la escuela:		
Tiempo que ha estado en la escuela actual:	Grado actual:	Teléfono de la escuela:		
Sí	No	¿Ha estado el niño/ la niña en un programa de intervención temprana?		
Sí	No	¿Ha tenido el niño/ la niña terapia lingüística (del habla), terapia física o laboral (ocupacional)?		
Sí	No	¿Ha repetido algún grado el niño/ la niña? Si es así, ¿qué grado(s)?		
Sí	No	¿Alguna vez alguna persona de la escuela habló con usted sobre el asunto de que el niño(a) repitiera un grado? Si así fue, por favor especifique.		
Sí	No	¿Hay posibilidad de que el niño/ la niña necesite repetir el grado actual o alguna materia? Si es así, por favor especifique.		
Sí	No	¿Ha recibido el niño/ la niña algún servicio de educación especial? Si es así, por favor especifique.		
Sí	No	¿El niño(a) está recibiendo ahora algún servicio de educación especial? Si es así, por favor especifique.		
Para cada uno de los siguientes grados que el niño/ la niña ha terminado, ¿se reportó algún problema? Si así fue, por favor describa en el espacio provisto las preocupaciones o inquietudes del maestro, del padre, o de la madre del niño(a).				
		<b>Cuestiones escolares o académicas</b>	<b>Conducta o comportamiento</b>	
Sí	No	Preescolar		
Sí	No	Kindergarten (Jardín de niños)		
Sí	No	Primer grado		
Sí	No	Segundo grado		
Sí	No	Tercer grado		
Sí	No	Cuarto y quinto grados		
Sí	No	Grados del sexto al octavo		
Sí	No	Secundaria/ preparatoria/ bachillerato		
<b>Desempeño escolar actual-</b> Por favor, marque el cuadro apropiado. (Para edades de 5 años en adelante)				
	<b>Reprobando/ no está pasando</b>	<b>Debajo del promedio</b>	<b>Promedio</b>	<b>Arriba del promedio</b>
Lectura				
Ortografía				
Matemáticas				
Ciencias				
Expresión escrita				
Letra a mano				
Estudios sociales/ historia				
Arte				
Otras materias:				
Por favor describa las áreas en las que el niño/ la niña se desempeña peor en su trabajo escolar (las áreas más débiles):		Por favor describa las áreas en las que el niño/ la niña se desempeña mejor en su trabajo escolar (las áreas más fuertes):		
1.		1.		
2.		2.		
3.		3.		



## CUESTIONARIO PARA LOS PADRES: INFORMACIÓN DEL NIÑO

<b>Nombre del niño/ de la niña:</b>	
Ahora voy a pedirle que resuma el funcionamiento de su niño(a) <b>EN GENERAL</b> (por ejemplo, emocionalmente, su comportamiento, socialmente, académicamente, etc.). Basándose en su experiencia, compare el funcionamiento de su niño(a) con el de "otros niños promedio" de su edad con los que usted está familiarizada(o), en tres lugares o situaciones diferentes: en casa, en la escuela y con sus compañeros.	
1	tiene un funcionamiento <b>excelente</b> / no muestra problemas en los tres diferentes lugares o situaciones?
2	tiene un funcionamiento <b>bueno</b> / rara vez muestra problemas en los tres diferentes lugares o situaciones?
3	tiene una <b>leve</b> dificultad en su funcionamiento / algunas veces muestra problemas en los tres diferentes lugares o situaciones?
4	tiene una dificultad <b>moderada</b> en su funcionamiento / usualmente muestra problemas en los tres diferentes lugares o situaciones?
5	tiene dificultades <b>severas</b> en su funcionamiento / la mayor parte del tiempo muestra problemas en los tres diferentes lugares o situaciones?
6	<b>necesita supervisión considerable</b> en todos los diferentes lugares o situaciones, para prevenir que se lastime a sí mismo(a), o que lastime a otros?
7	<b>necesita supervisión y atención profesional las 24 horas del día</b> , debido a serios problemas con su comportamiento, o porque tiene graves discapacidades o incapacidades?

### ARREGLOS DE VIVIENDA DEL NIÑO/ DE LA NIÑA:

Este(a) niño(a) está viviendo con (por favor marque una de las opciones)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> La madre Y el padre naturales, genéticos.<br><input type="checkbox"/> La madre natural, genética.<br><input type="checkbox"/> El padre natural, genético.<br><input type="checkbox"/> Con un pariente (por favor especifique la relación con el niño/ la niña): _____<br><input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____ | <input type="checkbox"/> Padre, madre, padres adoptivo(a)(os) que es(son) pariente(s)<br>¿Sabe el niño/ la niña que es adoptado/a?<br>(Ponga un círculo alrededor)    Sí    No<br><br><input type="checkbox"/> Padre, madre o padres adoptivo(a)(os) que no es(son) pariente(s)<br>¿Sabe el niño/ la niña que es adoptado/a?<br>(Ponga un círculo alrededor)    Sí    No<br><br><input type="checkbox"/> Padre, madre o padres sustituto(a)(os), temporal(es), de crianza (foster)<br>¿Cuánto tiempo ha estado el niño/ la niña bajo este tipo de cuidado (foster)?<br>Fecha: Año _____ Mes _____<br>¿Cuánto tiempo ha vivido el niño(a) en la casa de usted? Fecha: Año _____ Mes _____ |
|--|--|

Por favor, anote todas las personas que están viviendo actualmente en el hogar del niño/ de la niña.

Nombre:	Relación con el niño/ la niña:	Edad:
Nombre del niño/ de la niña:	Él mismo/ ella misma	
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		





