

## Child/Family Questionnaire / Cuestionario para niños/familias

Name \_\_\_\_\_  
Nombre Last/APELLIDO First/Primero Middle /Segundo Nombre

Birthplace \_\_\_\_\_  
Lugar de Nacimiento

Preferred name of child \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_  
Nombre preferido de su hijo/a Fecha de Nacimiento

Address \_\_\_\_\_  
Dirección Número/Calle Ciudad/Estado Código Postal

Mailing Address \_\_\_\_\_  
Dirección de Correo

Father's Name \_\_\_\_\_  
Nombre del Padre

Address \_\_\_\_\_  
Dirección

Last grade attended in school \_\_\_\_\_  
Último grado que asistió

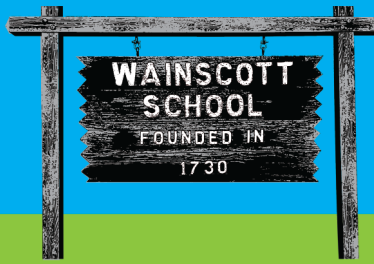
Employer \_\_\_\_\_ Business Phone \_\_\_\_\_  
Empleador Número de Trabajo

Mother's Maiden Name \_\_\_\_\_  
Apellido de Soltera

Address \_\_\_\_\_  
Dirección

Last grade attended in school \_\_\_\_\_  
Último grado que asistió

Employer \_\_\_\_\_ Business Phone \_\_\_\_\_  
Empleador Número de Trabajo



Has there been a divorce or separation? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Never married  
¿Ha habido divorcio o separación? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Nunca fue casado/a

Who has legal custody? \_\_\_\_\_  
¿Quién tiene la custodia legal? \_\_\_\_\_

Other Children  
Otros Niños/as

<u>Name</u> <u>Nombre</u>	<u>Birthdate</u> <u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>School/Grade</u> <u>Escuela/Grado</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Have any of them had reading problems? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No  
¿Alguno de ellos/as ha tenido problemas de lectura? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

If so, who \_\_\_\_\_  
Si es así, ¿quién? \_\_\_\_\_

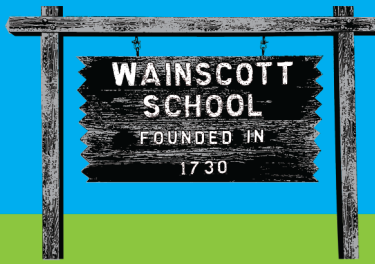
Languages spoken at home \_\_\_\_\_  
Idioma hablado en casa \_\_\_\_\_

At what age was child able to make three word sentences such as “I want milk” or  
“Me want milk”?  
¿A que edad pudo su hijo/a formular oraciones como “Yo quiero leche”?

Does your child speak clearly now? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Fluently? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No  
¿Su hijo/a habla claramente? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Con Fluidez? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Do you think your child is average in height and weight? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No  
¿Piensa que su hijo/a es de altura y peso normal? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Is your child right or left handed? \_\_\_\_\_  
¿Su hijo/a es zurdo o diestro? \_\_\_\_\_



With which hand does child feed self? \_\_\_\_\_

¿Con que mano come su hijo/a?

Does child fall frequently? \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a se cae con frecuencia?

Does child frequently bump into objects around him/her? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

¿Tropieza su hijo/a con objetos frecuentemente?

Sí

Has child ever indicated having trouble seeing things? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

¿Su hijo/a tiene problemas con la vista?

Sí

Can child button and unbutton easily? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

¿Su hijo/a puede abotonar/desabotonar con facilidad?

Sí

Does child do simple household tasks? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

¿Ayuda su hijo/a con tareas en casa?

Sí

Does your child prefer to play with other children or alone? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

¿Su hijo/a prefiere jugar con otros niños o solo/a?

Sí

Emotional

Estado Emocional

Is he/she doing well in school? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

¿Le va bien a su hijo/a en la escuela?

Sí

Does he/she get along with other children well? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

¿Su hijo/a se lleva bien con otros niños?

Sí

Circle any of the following that apply to your child:

Circule cualquiera que aplique:

Nail biting  
Come las uñas

Irritable  
Irritable

Bad temper  
Mal humor

Breath holding  
Detiene el respiro

Doesn't mind  
No le importa

Nightmares  
Pesadillas

Jealousy  
Celoso/a

Speech problems  
Problemas del habla

Can't toilet train  
No puede ir al baño solo/a

Bed wetting  
Orina en la cama

Thumb sucking  
Chupa el dedo



Other \_\_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_

Last school attended \_\_\_\_\_  
Última escuela que asistió \_\_\_\_\_

Last grade attended \_\_\_\_\_  
Último grado que asistió \_\_\_\_\_

Does child cry easily or frequently? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No  
¿Su hijo/a llora fácilmente o frecuentemente? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Do you consider the child overly shy? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No  
¿Considera a su hijo/a muy tímido/a? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Do you consider the child over-active? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No  
¿Considera a su hijo/a muy activo/a? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Has child ever had sleeping problem? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No  
¿Su hijo/a ha tenido problemas para dormir? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Is child toilet trained? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No  
¿Su hijo/a puede ir al baño solo/a? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Other information you feel we should know about your child?  
¿Otro información que deberíamos saber sobre su hijo/a?

---

---

---

---

---

---

---

---