



CHILD & FAMILY INFORMATION

We would like you to tell us about your family. The information that you provide will help us understand your child and your family's needs. This will allow us to work together for your child's best growth and development. If there are questions that you do not wish to answer or do not remember, please leave them blank.

PERSON COMPLETING THIS INFORMATION: DATE:

CHILD'S NAME DOB
Social Security # Sex Ethnicity
Address Apartment #
Apartment Name
City Zip Home phone ()

PARENTS AND OTHER ADULTS IN THE CHILD'S HOME:

Name Relationship to Child
Work Phone Cell Phone
Email
Name Relationship to Child
Work Phone Cell Phone
Languages Spoken in the Home: Primary Other

PHYSICIANS

Please list all physicians/clinics your child has seen in the last year (name and phone number)

Four horizontal lines for listing physicians/clinics.

CHILD CARE

Child Care Provider's Name
Address Phone Number



INFORMACION DEL NIÑO Y LA FAMILIA

Nos gustaria que nos hablara acerca de su familia. La información que usted provea nos ayudara a entender las necesidades de su niño y de su familia. Esto nos permitira trabajar én conjunto para el mayor desarrollo y crecimiento de su niño. Si hay algunas preguntas que usted desea contestar o no recuerda, por favor dejelas en blanco.

PERSONA COMPLETANDO ESTA INFORMACION: _____ FECHA: _____

NOMBRE DEL NIÑO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

Número de la Seguro Social _____ Sexo _____ Raza _____

Dirección _____ Numero del Apartamento _____

Nombre de Apartamento _____

Ciudad _____ Código Postal _____ Teléfono del Hogar () _____

PADRES Y OTROS ADULTOS EN EL HOGAR DEL NIÑO:

Nombre _____ Relación al niño _____

Teléfono del trabajo _____ Teléfono de celular _____

Correo electronico _____

Nombre _____ Relación al niño _____

Teléfono del trabajo _____ Teléfono de celular _____

Idioma hablado en el Hogar: Principal _____ Otro _____

MEDICOS

Por favor liste todos los medicos/clinicas que su niño ha visto en el ano pasado (nombre y numero de telefono)

CUIDADOR DE NIÑOS

Nombre de Cuidador de Niños _____

Domicilio _____ Teléfono _____



Getting to Know Your Child

Toys and Objects



Favorite	Least Favorite

Favorite	Least Favorite

People and Playmates



Favorite	Least Favorite

Activities and Games



Favorite	Least Favorite
	Any Allergies?

Food and Drinks



Places



Favorite	Least Favorite

Familiarizar a su Niño

Juguetes y Objetos



Favorito	Menos Favorito

Favorito	Menos Favorito

Personas y Compañeros



Actividades y Juegos



Favorito	Menos Favorito

Favorito	Menos Favorito
	<p>Alguna Alergia?</p>

Alimento y Bebidas



Lugares



Favorito	Menos Favorito



How does your child let you know what he/she likes?	How does your child let you know what he/she doesn't like?

When is your child most cooperative?	When is your child least cooperative?



What frightens your child?	What calms your child?

How does your child assist/participate in the following daily routines?

Feeding	Dressing



Bathing	Toileting

What do you think helps your child learn?	What would you like to learn about your child?



Adapted from: Noonan, M.J., & McCormick, L. (1993). Early Intervention in Natural Environments: Methods and procedures. Pacific Grove, CA. Brooks/Cole.



Cómo le deja saber su niño lo que a él/ella le gusta?	Cómo le deja saber su niño lo que a él/ella no le gusta?

Cuándo es su niño mas cooperativo?	Cuándo es su niño menos cooperativo?



Qué asusta a su niño?	Qué calma a su niño?

Como ayuda/participa su niño en las rutinas diarias de lo siguiente?

Alimentar	Vestir



Bañar	Ir al Baño

Qué piensa usted que le ayuda a su niño aprender?	Qué quisiera usted aprender sobre su niño?



Adapted from: Noonan, M.J., & McCormick, L. (1993). Early Intervention in Natural Environments: Methods and procedures. Pacific Grove, CA. Brooks/Cole.