

# PEDS: FORMULARIO PARA RESPUESTAS

Provider \_\_\_\_\_

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Nombre del padre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del niño/a \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Por favor díganos si le preocupa algo de la manera en que su hijo/a está aprendiendo, se desarrolla o se comporta.

¿Le preocupa cómo su hijo/a habla y forma los sonidos?

Marque uno: No Sí Un poco COMENTARIOS:

¿Le preocupa cómo su hijo/a entiende lo que le dicen?

Marque uno: No Sí Un poco COMENTARIOS:

¿Le preocupa cómo su hijo/a usa las manos y dedos para hacer las cosas?

Marque uno: No Sí Un poco COMENTARIOS:

¿Le preocupa cómo su hijo/a usa las piernas y las brazos para hacer las cosas?

Marque uno: No Sí Un poco COMENTARIOS:

¿Le preocupa cómo su hijo/a se comporta?

Marque uno: No Sí Un poco COMENTARIOS:

¿Le preocupa cómo su hijo/a se relaciona con otras personas?

Marque uno: No Sí Un poco COMENTARIOS:

¿Le preocupa cómo su hijo/a esta está aprendiendo a hacer cosas por sí mismo/a?

Marque uno: No Sí Un poco COMENTARIOS:

¿Le preocupa cómo su hijo/a está desarrollando sus habilidades escolares o preescolares?

Marque uno: No Sí Un poco COMENTARIOS:

¿Le preocupa algo más acerca de su niño/a? Por favor díganos.