

Información del estudiante de los padres / tutores

Información General

Estimado padre o tutor de: _____

Con el fin de atender las necesidades específicas de su hijo, necesitamos su ayuda. Por favor, complete el formulario con toda la información solicitada.

Nombre del Padre: _____ Ocupación: _____

Nombre de la Madre: _____ Ocupación: _____

Nombre del guardián legal: _____ Ambos padres viven en el hogar? Sí No

Dirección: _____

Teléfono: _____ Teléfono celular: Madre: _____ Padre: _____

Número de hermanos y hermanas: _____ Edades: _____

Medios hermanos y hermanas: _____ Edades: _____

Hermanastros/hermanastras: _____ Edades: _____

¿Dónde está su hijo en relación con el orden de nacimiento? _____

Liste todos los familiares/amistades que residen en el hogar.

¿Ha habido cambios importantes dentro de la familia durante los últimos dos años? ____ Sí ____ No

Mudanza Nacimientos Fallecimientos Separaciones Divorcio Cambios de trabajo

¿Algún familiar tiene dificultades de aprendizaje? Si es así, por favor explique. _____

Uso del lenguaje

Primer idioma aprendido por el estudiante: ____ inglés ____ Otro _____

Idioma más utilizado por el estudiante en casa: ____ inglés ____ Otro _____

Idioma más utilizado por los padres con el estudiante: ____ inglés ____ Otro _____

Idioma más utilizado por los adultos con los demás en casa: ____ inglés ____ Otro _____

Idioma más utilizado por el estudiante con sus hermanos: ____ inglés ____ Otro _____

¿Su niño ha sido instruido en un idioma aparte del inglés? ____ Sí ____ No

Si la respuesta es sí, ¿qué idioma? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

Historial de Salud

Historial del embarazo y nacimiento

¿Experimentó alguna de las siguientes durante este embarazo? (Por favor marque la respuesta apropiada.)

Toxemia	_____ Sí	_____ No	_____ Inseguro
Vómito prolongado	_____ Sí	_____ No	_____ Inseguro
Infección del riñón o de la vejiga	_____ Sí	_____ No	_____ Inseguro
Manchado o sangrado vaginal	_____ Sí	_____ No	_____ Inseguro
Hipertensión arterial (presión alta)	_____ Sí	_____ No	_____ Inseguro
Rubéola	_____ Sí	_____ No	_____ Inseguro
Otras erupciones, similar al sarampión	_____ Sí	_____ No	_____ Inseguro
Diabetes	_____ Sí	_____ No	_____ Inseguro
Cualquier tipo de accidente	_____ Sí	_____ No	_____ Inseguro
Rayos X	_____ Sí	_____ No	_____ Inseguro
Uso de drogas o alcohol	_____ Sí	_____ No	_____ Inseguro
Medicamentos recetados	_____ Sí	_____ No	_____ Inseguro
Otras enfermedades	_____ Sí	_____ No	_____ Inseguro

Si la respuesta es sí en cualquiera, por favor explique: _____

Por favor, describa cualquier otro problema durante el embarazo o el parto: _____

Duración del embarazo: _____ Duración del parto: _____ Peso del niño al nacer: _____

Parto natural o el parto por cesárea (circule uno)

Por favor, describa cualquier problema que el niño pudo haber experimentado después de nacer: _____

¿Qué tratamiento se le dio para este problema? _____

¿Tiene algún efecto a largo plazo a causa del problema? _____

Historial del desarrollo

¿A qué edad ocurrieron las siguientes situaciones?

Sostener la cabeza: _____	Sostener y _____ tomar de un vaso: _____	Sentarse por sí solo: _____
Alimentarse por sí _____ solo con una cuchara: _____	Gatear: _____	Vestirse por sí solo: _____ (excepto ponerse los zapatos)
Caminar sin ayuda: _____	Ir al baño por sí solo: _____	
Pronunció palabras _____ singulares: _____	Habló en oraciones _____ de 2 palabras: _____	Balbupear: _____

¿Cree usted que el desarrollo físico ha sido normal? _____

¿Tuvo alguna dificultad con tomar el biberón o amamantar? _____

¿Te niño tiene problemas para comer y/o beber? _____

Historial Medico

¿ Ha tenido el niño alguno de los siguientes? (Marque con una ✓ si la contestación es sí y declare la edad.)

Asma <input type="checkbox"/> _____	Problemas renales <input type="checkbox"/> _____
Envenenamiento <input type="checkbox"/> _____	Problemas del corazón <input type="checkbox"/> _____
Alergias <input type="checkbox"/> _____	Sobredosis <input type="checkbox"/> _____
Tuberculosis <input type="checkbox"/> _____	Diabetes <input type="checkbox"/> _____
Asma <input type="checkbox"/> _____	Tubos en los oídos <input type="checkbox"/> _____
Ataques epilépticos <input type="checkbox"/> _____	Trauma en la cabeza <input type="checkbox"/> _____
Problemas visuales <input type="checkbox"/> _____	Anemia drepanocitosis <input type="checkbox"/> _____
Neumonía <input type="checkbox"/> _____	Infecciones del oído <input type="checkbox"/> _____
VIH/SIDA <input type="checkbox"/> _____	Otro: _____

Comentarios: _____

Brevemente describa enfermedades graves, accidentes u hospitalizaciones. Por favor, provea la edad de su hijo en el momento de la enfermedad, accidente, u hospitalización: _____

¿Está el niño bajo el cuidado de un médico por cualquier problema de salud? ____ Sí ____ No

Si la respuesta es sí, explique: _____

Actualmente, ¿está su hijo tomando algún medicamento? _____ Sí _____ No

Si la respuesta es sí, por favor liste los medicamentos y para que condición se toman: _____

Historial Escolar

¿Ha mencionado su hijo problemas con la escuela? _____

¿Cree que su hijo tiene un problema en la escuela? _____

¿Qué crees que esté causando el problema? _____

Por favor marque con una (✓) cualquier problema educativo que su hijo tenga actualmente:

Tiene dificultad con la lectura _____ Tiene dificultad con las matemáticas _____

Tiene dificultad con la escritura _____ Tiene dificultad con el habla/lenguaje _____

Tiene dificultad con el comportamiento _____ Otro: _____

No le gusta la escuela: (Explique) _____

Sí _____ No _____ ¿Su niño ha recibido algún servicio o algunos servicios del departamento de educación especial? Si la respuesta es sí, por favor de la fecha y el servicio recibido _____

Sí _____ No _____ ¿Ha sido retenido en un grado su niño?
Si la respuesta es sí, ¿cuál grado(s)? _____
¿Por qué? _____

Por favor marque con una (✓) al lado de cualquier problema de comportamiento que su hijo actualmente tenga:

- | | |
|---|--|
| _____ Tiene una notable dificultad para hablar. | _____ Tiene pesadillas frecuentes. |
| _____ Tiene dificultad para entender el lenguaje hablado. | _____ Se mueve hacia adelante y hacia atrás. |
| _____ Es agresivo hacia los demás. | _____ Se golpea la cabeza. |
| _____ Está más interesado en las cosas que en las personas. | _____ Contiene la respiración. |
| _____ Tiene un comportamiento que podría ser peligroso para sí mismo y otros. | _____ Es reservado o tímido. |
| _____ Requiere asistencia para ir al baño. | _____ Es terco. |
| _____ Se chupa el dedo. | _____ Se alimenta mal. |
| _____ Tiene miedos o hábitos especiales (Describa) _____ | _____ Tiene problemas para ir al baño. |
| _____ _____ | _____ Es demasiado activo. |
| _____ Es lento para aprender. | _____ Es impulsivo. |
| _____ Ha perdido lenguaje que fue observado anteriormente. | _____ Se da por vencido con facilidad. |

¿En qué actividades participa su hijo en casa? (Marque todas las que apliquen)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ve la televisión | <input type="checkbox"/> Escucha música | <input type="checkbox"/> Lee libros |
| <input type="checkbox"/> Juegos electrónicos | <input type="checkbox"/> Juega con otros | <input type="checkbox"/> Pasa tiempo en la computadora |
| <input type="checkbox"/> Participa en los deportes | <input type="checkbox"/> Duerme más de lo habitual | <input type="checkbox"/> Otros _____ |

¿Qué comportamientos son frecuentemente exhibidos por su hijo en casa?

(Marque todas las que apliquen)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Es honesto | <input type="checkbox"/> Se lleva bien con otros | <input type="checkbox"/> Tiene rabietas |
| <input type="checkbox"/> Es servicial | <input type="checkbox"/> Sigue solicitudes de los adultos | <input type="checkbox"/> Discute |
| <input type="checkbox"/> Es responsable | <input type="checkbox"/> Tiene cambios de humor | <input type="checkbox"/> Desobedece |
| <input type="checkbox"/> Respeta a otros | <input type="checkbox"/> Le pega o da patadas a otros | <input type="checkbox"/> Se recluye |
| <input type="checkbox"/> Prefiere estar solo | <input type="checkbox"/> Otros _____ | |

¿Qué métodos de disciplina se utilizan en el hogar? (Marque todas las que apliquen)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Recompensa por buen comportamiento | <input type="checkbox"/> Se asignan responsabilidades | <input type="checkbox"/> Tiempo solo (<i>Time out</i>) |
| <input type="checkbox"/> Elogios verbales | <input type="checkbox"/> Hora de acostarse temprana | <input type="checkbox"/> Pegar con la mano |
| <input type="checkbox"/> privilegios especiales | <input type="checkbox"/> Eliminación de los privilegios | <input type="checkbox"/> Tareas extras |

Otros _____

¿Cómo responde a la disciplina en el hogar su hijo? (Marque todas las que apliquen)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Es obediente | <input type="checkbox"/> Tiene rabietas | <input type="checkbox"/> Se rehúsa a obedecer |
| <input type="checkbox"/> Es servicial | <input type="checkbox"/> Lloro | <input type="checkbox"/> Avienta o quiebra cosas |
| <input type="checkbox"/> Culpa a otros | <input type="checkbox"/> Le pega o da patadas a otros | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

¿Cuáles son los puntos fuertes de su hijo? _____

¿Cuáles son las debilidades de su hijo? _____

¿Está teniendo problemas con su hijo en casa? _____

¿Hay algún asunto que la escuela debe tener en cuenta? _____

¿Qué sugerencias podría dar a la escuela para poder ayudar a su hijo? _____
