

Fecha de envío _____

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE HOUSTON**Datos sociológicos e información de los padres***Estimado padre:**Esta información puede ayudar a determinar las necesidades educativas de su hijo/a. Por favor incluya cualquier otra información que piense que nos pueda ayudar a atenderle mejor a su niño/a.*

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____
 Escuela: _____
 Nombre del padre: _____ Dirección: _____ Código postal: _____
 Teléfonos: hogar _____ - _____ trabajo: _____ - _____

INFORMACIÓN FAMILIAR:

1. El niño vive con: _____ Relación: _____
2. Ocupación del padre: _____ Ocupación de la madre: _____
3. Idioma que más se utiliza en la casa: _____
4. Número de niños en la familia: _____ Edades: _____
5. ¿Han ocurrido cambios importantes en la familia durante los últimos tres años? (Por ejemplo: cambios de trabajo o de casa, nacimientos, fallecimientos, enfermedades, divorcio, o separación) _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**1. Si su hijo/a no ha empezado la escuela todavía, responda las siguientes preguntas acerca de él o ella:**

- a. ¿Comprende cuando le da instrucciones? _____
 - b. ¿Cómo hace para comunicarle lo que quiere? _____
 - c. ¿Puede Ud. comprender lo que está tratando de decirle? _____
 - d. ¿Por cuánto tiempo puede prestarle atención a una actividad? _____
 - e. ¿Puede usar el baño sin ayuda? de día _____ de noche _____
2. ¿Qué cosas puede hacer bien su hijo/a? _____
 3. ¿Hay algo que le cuesta trabajo hacer a su hijo/a? _____
 4. ¿Cómo le va a su hijo/a en la escuela? _____
 5. ¿Le preocupa la conducta de su hijo/a en la escuela o en casa? SI NO Si SI, por favor explique: _____
 6. ¿Qué actividades hace su hijo/a cuando no está en la escuela? (Por ejemplo, ver televisión, leer, trabajar medio tiempo, jugar con sus amigos) _____
 7. ¿Qué actividades hace la familia junta? (Por ejemplo, ver televisión, ir de campamento, participar en pasatiempos o deportes) _____
 8. ¿Cuál(es) de los siguientes utiliza para disciplinar a su hijo/a?

| | | | |
|---------------------------------------|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dar nalgadas | <input type="checkbox"/> Dar tareas adicionales | <input type="checkbox"/> Aislar | <input type="checkbox"/> Quitar privilegios |
| <input type="checkbox"/> Castigar | <input type="checkbox"/> Mandar a la cama temprano | <input type="checkbox"/> Dar premios extras | <input type="checkbox"/> Premiar buena conducta |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |
- ¿Funcionan estos métodos? 0 SI 0 NO

9. Describe la conducta de su hijo/a en casa y/o el vecindario:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Se comporta bien por lo general | <input type="checkbox"/> Se lleva bien con los miembros de la familia | <input type="checkbox"/> Obedece |
| <input type="checkbox"/> Parece contento/a | <input type="checkbox"/> Juega bien con sus vecinos | <input type="checkbox"/> Tiene pesadillas |
| <input type="checkbox"/> Es hiperactivo/a | <input type="checkbox"/> Es hostil/agresivo/a | <input type="checkbox"/> Parece ansioso/a |
| <input type="checkbox"/> Enjado/a | <input type="checkbox"/> Es responsable por sus tareas | <input type="checkbox"/> Es penoso/a |
| <input type="checkbox"/> Parece triste/ retraído/a/ deprimido/a | | <input type="checkbox"/> Es desobediente |

Participa en actividades de grupo (deportes, scouts, grupos de iglesia, etc.)

10. ¿Su conducta ha cambiado durante estos últimos años?

11. ¿Qué opina su hijo/a de la escuela? _____

12. ¿Qué más quiere decirnos acerca de su hijo/a?? _____

ANTECEDENTES ESCOLARES:

1. Mencione las escuelas, pre escolares o guarderías donde ha asistido: _____

2. ¿Ha repetido algún grado? _____ Si la respuesta es sí, ¿Cual? _____

3. ¿Ha sido evaluado antes? (Por ejemplo: en la escuela, otra agencia, un hospital, un fisioterapeuta, logoterapeuta, audiólogo o psicólogo) Si la respuesta es afirmativa, indique el lugar y la fecha: _____

HISTORIAL MÉDICO:

1. ¿Este estudiante ha tenido algunas enfermedades graves, ha sufrido algunos accidentes, o ha sido hospitalizado en los últimos tres años? SI NO Si SI, por favor describe la enfermedad, el accidente, o la razón por ser hospitalizado y de la edad de su hijo/a en esa ocasión: _____

2. ¿A qué hora se acuesta su hijo/a? ¿Tiene problemas de dormir? SI NO Si SI, por favor describe: -

SI NO

¿Su hijo/a está al cuidado de un médico por una condición medica? Si SI, por favor describe: _____
Nombre del médico: _____

¿Parece que su hijo/a tenga otro problema físico incluso alérgias? Si SI, por favor explique: _____

SI NO ¿Su hijo/a ha tomado medicina por un período largo? Si SI, por favor explique: _____

¿Su hijo/a está tomando medicinas actualmente? Si SI, por favor nombra(s) y diga para que son: _____

¿Hay algunas preocupaciones de la salud de la familia que quiere compartir con nosotros? Si SI, por favor explique: _____

¿Su hijo/a está recibiendo servicios de otra agencia? Si SI, por favor explique: _____

FIRMA DEL PADRE

FECHA: _____

FECHA: _____

FIRMA DE LA PERSONA QUE COMPLETO ESTA SECCION PUESTA

(Si la información fue obtenida por entrevista)