



# MOUNTAIN HIGH SCHOOL

## Cuestionario de Familia

Nombre del estudiante:	Edad:	Hombre o Mujer
Nombre del padre:	Fecha:	Grado:

Por favor, cumpla el cuestionario acerca de su hijo(a). El propósito de estas preguntas es para ayudarnos a conocer a su hijo(a) mejor y satisfacer lo mejor que podamos, las necesidades que tiene para aprender y desarrollar sus habilidades académicas mientras está aquí en Mountain High School. Si tiene preguntas, preocupaciones u otra información que le gustaría compartir con uno de nuestros trabajadores sociales o consejera, por favor llame 801-402-0450 y pida por Sakae Scott o Jennifer Christensen (trabajadores sociales). Para hablar con alguien en español, pida por director Greg Wuthrich.

1. ¿Cuáles son los talentos y habilidades especiales de su hijo(a)?

---

---

2. ¿Ha sido diagnosticado con uno de las siguientes condiciones por un médico?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Depresión                             | <input type="checkbox"/> Abuso de Drogas o Alcohol |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de Deficiencia de Atención | <input type="checkbox"/> Trastorno de sueño        |
| <input type="checkbox"/> Bipolar                               | <input type="checkbox"/> Trastornos de Aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad                              | <input type="checkbox"/> Otros:                    |

3. ¿Ha tratado, su estudiante, dañarse a si mismo o suicidarse?      Sí      No  
Si contestó sí, ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

4. ¿Está su estudiante recibiendo cuidado médico?      Sí      No

5. Por favor, escriba los nombres y el propósito de la medicina que está tomando:

---

¿Está tomando su medicina como está recetada?      Sí      No

6. ¿Está recibiendo terapia?      Sí      No

7. ¿Hay una historia en la familia de (marque todo lo que corresponde)

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Depresión                             | <input type="checkbox"/> Bipolar  |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de Deficiencia de Atención | <input type="checkbox"/> Ansiedad |

8. ¿Cualifica para recibir Medicaid?      Sí      No

9. ¿Está recibiendo Medicaid?      Sí      No

10. ¿Ha tenido problemas académicos o de comportamiento?      Sí      No

11. Por favor escribe sus preocupaciones o preguntas que tenga acerca de tu hijo(a) como estudiante de Mountain High School.

---



---

12. El uso de drogas y alcohol

Droga	Actualmente	En el Pasado	Explica por favor
alcohol			
Tabaco			
Mariguana			
Meth			
Éxtasis			
Cocaína			
Heroína			

13. ¿Tiene un agente probación? Si tiene uno, por favor escribe su nombre y su número de teléfono.

---

14. ¿Ha pasado su hijo(a) por uno o más de las siguientes experiencias? Por favor, marque lo que corresponde

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> .embarazada o padres adolescentes   | <input type="checkbox"/> .vio a un miembro de la familia detenido     |
| <input type="checkbox"/> padre se casó de nuevo/nuevo socio  | <input type="checkbox"/> .vio violencia en la comunidad o barrio      |
| <input type="checkbox"/> pérdida de un padre   | <input type="checkbox"/> se movió a un hogar nuevo en el último año   |
| <input type="checkbox"/> .perdida de trabajo de familiar cercano   | <input type="checkbox"/> .los padres son divorciadas/separadas        |
| <input type="checkbox"/> financiero estresor   | <input type="checkbox"/> hermanos nuevos en el hogar                  |
| <input type="checkbox"/> foster cuidado colocación   | <input type="checkbox"/> hay una enfermedad seria en la familia       |
| <input type="checkbox"/> .sin hogar  | <input type="checkbox"/> ha recibido servicios de protección infantil |
| <input type="checkbox"/> abuso de drogas por un miembro de la familia  | <input type="checkbox"/> Adopción                                     |
| <input type="checkbox"/> .vio un accidente auto de violencia intrafamiliar que requieran atención médica de emergencia | <input type="checkbox"/> padre desplegada a militares                 |
| <input type="checkbox"/> .vio violencia en el barrio   | <input type="checkbox"/> bullying                                     |

15. ¿Cómo reacciona su hijo cuando está sobrellevando el estrés?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Emociona                  | <input type="checkbox"/> no quiere estar solo |
| <input type="checkbox"/> siga hablando de la razón | <input type="checkbox"/> no duerme            |
| <input type="checkbox"/> evita a otros             | <input type="checkbox"/> pelea con otros      |
| <input type="checkbox"/> se porta mal              | <input type="checkbox"/> come much            |
| <input type="checkbox"/> ansiedad                  |   |

16. ¿Qué nos propone a nosotros para ayudar a su hijo(a)?