

**DISTRITO ESCOLAR DE ST. JOSEPH
PROGRAMAS ESPECIALES FORMULARIO DE INFORMACIÓN PARA PADRES**

SI NECESITA AYUDA PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO, POR FAVOR CONTACTE AL DIRECTOR DE LA ESCUELA O AL MAESTRO DE SU HIJO.
Devuelva este formulario al maestro de su hijo.

Información demográfica			
Nombre del niño			Lugar de nacimiento
Nombre del padre			
Dirección			
Escuela			
Teléfono		Teléfono del Hogar	Teléfono del Trabajo
Celular			
Email del Padre			
Idioma que se habla en el hogar			Si no es inglés, ¿el niño habla inglés? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Inglés? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Lugar de nacimiento	Si no nació en los EE. UU., Fecha en que el niño se mudó a los EE. UU.:		
El niño vive con:	<input type="checkbox"/> Ambos padre	<input type="checkbox"/> El Papá solamente	<input type="checkbox"/> La Mamá solamente
	<input type="checkbox"/> Tutor legal:	<input type="checkbox"/> Otro:	

Agregar el resto de las personas que residen en el hogar, incluyendo a los abuelos, primos, hermanastros, hermanastras, etc ...

Nombre	Genero	Edad	Relación

Información del nacimiento	
¿Hubo alguna complicación durante el embarazo o el parto?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, explíquelo por favor:	

Rendimiento Temprano		
Habilidad	Edad	¿Retraso en el desarrollo?
Se sentó sin apoyo		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Gateó		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Caminó solo		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Va al baño por si solo		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Explique cualquier retraso o inquietud experimentado:		

Historial Medico			
Nombre del Medico:			
¿Su hijo ha sido hospitalizado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	En caso afirmativo, cuándo:		
¿Por qué?			
Indique las fechas por las que su hijo tuvo la cirugía:	N/A si no corresponde		
Tubos de oído			
Amigdalectomía			
Adenoidectomía			
Cirugía en el ojo			
Otras cirugías no anotadas:			
¿Ha tenido su hijo (a) accidentes o lesiones graves? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			
En caso afirmativo, anótelo:			
¿Tiene su hijo alguna enfermedad importante? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			
En caso afirmativo, explíquelo por favor:			
<input type="checkbox"/> TDAH //TDA	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad	<input type="checkbox"/> Autismo
<input type="checkbox"/> PDD-NOS: Trastorno generalizado del desarrollo-No especificado	<input type="checkbox"/> síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Condición del corazón
<input type="checkbox"/> ODD: Trastorno de oposición desafiante	<input type="checkbox"/> Trastorno explosivo intermitente	<input type="checkbox"/> Infecciones crónicas del oído	<input type="checkbox"/> Convulsiones
Otro:			

Historial Médico continuación...	
¿Está tomando su hijo medicamentos actualmente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Nombre (s) de la medicación actual	
Propósito	
¿Experimenta su hijo efectos secundarios?	En caso afirmativo explicar:
¿Tiene su hijo alguna alergia ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Especifique si es así:
¿Usa su hijo anteojos ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	En caso afirmativo, fecha del último examen:
¿Usa su hijo audífonos ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	En caso afirmativo, fecha del último examen:

Historia Social y Emocional	
¿Puede el niño desarrollar relaciones con los demás?	Si no, explique:
¿Cómo es la relación del niño con los padres y / o padrastros?	Describir:
¿Cómo es la relación del niño con sus hermanos o hermanastros?	Describir:

El niño prefiere: (marque las casillas correspondientes)		<input type="checkbox"/> Jugar solo	<input type="checkbox"/> Jugar con muchos amigos
<input type="checkbox"/> El niño prefiere: (marque las casillas correspondientes)	<input type="checkbox"/> El niño prefiere: (marque las casillas correspondientes)	<input type="checkbox"/> Jugar con niños mayores	<input type="checkbox"/> Mi hijo no juega
¿Cuál de los siguientes comportamientos describe el historial de comportamiento actual o pasado de su hijo?			
<input type="checkbox"/> Asume la responsabilidad	<input type="checkbox"/> Hiperactivo	<input type="checkbox"/> Seguro de sí mismo	<input type="checkbox"/> Se golpea a sí mismo o a los demás
<input type="checkbox"/> Problemas para dormir	<input type="checkbox"/> Poco activo	<input type="checkbox"/> Roba	<input type="checkbox"/> Pelea
<input type="checkbox"/> Desobedece las reglas	<input type="checkbox"/> Distraído	<input type="checkbox"/> Pega Mentiras	<input type="checkbox"/> Mira fijamente
<input type="checkbox"/> Tiene rabietas	<input type="checkbox"/> Nervioso con frecuencia	<input type="checkbox"/> impulsivo	<input type="checkbox"/> Parece cansado
<input type="checkbox"/> Se preocupa por sí mismo	<input type="checkbox"/> Tiene miedos inusuales	<input type="checkbox"/> pasivo	<input type="checkbox"/> Se mantiene solo
<input type="checkbox"/> Se rinde fácilmente	<input type="checkbox"/> Problema de alimentación	<input type="checkbox"/> Huye	<input type="checkbox"/> Irrespetuoso
<input type="checkbox"/> Busca atención	<input type="checkbox"/> Fácilmente dirigido	<input type="checkbox"/> Malhumorado	<input type="checkbox"/> Inmaduro para la edad
<input type="checkbox"/> Desorganizado	<input type="checkbox"/> No es útil	<input type="checkbox"/> Triste	<input type="checkbox"/> Demasiado dependiente
<input type="checkbox"/> lloriquea	<input type="checkbox"/> Llora fácilmente	<input type="checkbox"/> Desafiante	<input type="checkbox"/> Cruel con los animales

Anote los intereses y las actividades favoritas de su hijo:

¿Ha tenido su hijo una evaluación psicológica?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Si es así, ¿cuándo y por quién? <i>Adjunte una copia del informe de evaluación si desea compartir esta información.</i>	

Historia social y emocional, continuación...

Anote las características que encuentra admirables en su hijo y que no le gustaría cambiar:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Anote las características del comportamiento de su hijo que le gustaría que cambiaran:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

¿Ha tenido su hijo algún evento significativo reciente ocurrido en su vida?, cómo:

<input type="checkbox"/> Divorcio de los padres	<input type="checkbox"/> Nuevo matrimonio padres	<input type="checkbox"/> Muerte reciente de un ser querido
<input type="checkbox"/> Mudanza	<input type="checkbox"/> Cambio de escuela	<input type="checkbox"/> Cambio en las personas que viven en el hogar
<input type="checkbox"/> Enfermedad grave de un miembro de la familia	<input type="checkbox"/> Desempleo reciente padres	<input type="checkbox"/> Ha sido testigo o víctima de abuso domestico

Otro:

¿Ha tenido su hijo problemas con las autoridades juveniles o la policía? No Si

Explique:

Si su hijo tiene actualmente un oficial de menores, indique el nombre del JO (oficial de menores):

Historia Educativa

¿Asistió su hijo a alguna Prescuela?
 No Si

En caso afirmativo, ¿en dónde?

¿Ha reprobado algún grado su hijo?
 No Si

Si es así, ¿qué grados?

Anote las escuelas previas a la que su hijo ha asistido:

Nombre de la escuela	Fechas en la que asistió	¿Si no es SJSD, en qué ciudad o estado?

¿Ha sido su hijo evaluado educacionalmente por alguien fuera del Distrito Escolar de St. Joseph? No Si

Cuándo y dónde

Por quién

Se adjunta copia de la evaluación No Si

Historia Educativa, Continuación

¿Recibe su hijo actualmente servicios fuera de la escuela? No Sí * en caso afirmativo, indique a continuación *

Consejería Tutoría

Terapia del habla Terapia ocupacional

Fisioterapia Terapia de la vista

Otra:

¿Tiene preocupaciones sobre el progreso educativo de su hijo? No Si

Explique

¿Cuáles son las fortalezas educativas de su hijo?

<input type="checkbox"/> Habilidades Matemáticas	<input type="checkbox"/> Lectura	<input type="checkbox"/> Escritura	<input type="checkbox"/> Trabajo nítido	<input type="checkbox"/> Ayudador
<input type="checkbox"/> Vocabulario sólido	<input type="checkbox"/> Resolución de problemas	<input type="checkbox"/> Respetuoso	<input type="checkbox"/> Orgulloso de su trabajo	<input type="checkbox"/> Habla con claridad
<input type="checkbox"/> Puede contar una historia	<input type="checkbox"/> Bien organizado	<input type="checkbox"/> Buen oyente	<input type="checkbox"/> Se esfuerza	<input type="checkbox"/> Utiliza estrategias
<input type="checkbox"/> Sigue las reglas de la escuela	<input type="checkbox"/> Buen jugador de equipo	<input type="checkbox"/> En general se porta bien	<input type="checkbox"/> Entiende nueva información con rapidez	<input type="checkbox"/> Trabaja independientemente

¿Cuáles son los puntos débiles educativos de su hijo?

<input type="checkbox"/> Habilidades matemáticas leves	<input type="checkbox"/> Lectura lenta	<input type="checkbox"/> Escritura difícil de leer	<input type="checkbox"/> Ideas de escritura poco claras	<input type="checkbox"/> No parece recordar cosas
<input type="checkbox"/> Poco Vocabulario	<input type="checkbox"/> Se confunde fácilmente	<input type="checkbox"/> Se frustra con rapidez	<input type="checkbox"/> No parece entender lo que lee	<input type="checkbox"/> Se distrae fácilmente
<input type="checkbox"/> Se aburre rápidamente	<input type="checkbox"/> No tiene muchos estrategias	<input type="checkbox"/> No puedo trabajar independientemente	<input type="checkbox"/> Se rinde fácilmente	<input type="checkbox"/> Desorganizado

¿La actitud del niño hacia la escuela? Positiva Negativa

Explicar:

¿Qué se está haciendo en casa para ayudar a su hijo con sus necesidades educativas?

Firma del padre o Tutor Legal

Fecha