

# Student Intervention Team (SIT)

# Form E

## Información de Padres

Nombre \_\_\_\_\_ SSN# \_\_\_\_\_ Medicaid # \_\_\_\_\_  
 Escuela \_\_\_\_\_ calidad \_\_\_\_\_ La fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 dirección \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_ Emergencia # \_\_\_\_\_

Los padres se avisaron por  Carta  Teléfono  Confrence  
 Los padres se avisaron por \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_  
 (El Personal escolar) (Fecha)

### Familia

¿Con quien viva al estudiante?
¿Quién tiene la autoridad legal para tomar las decisiones educativas para este niño?

Idioma primario hablado en la casa \_\_\_\_\_ Otros idiomas hablados \_\_\_\_\_

El Nombre de Padre	Edad	Ocupación	El nombre de madre	Edad	Ocupación
El patrón de Padre		Número de teléfono de trabajo	El patrón de madre		Número de teléfono de trabajo
La clasificacion más alta de Padre completó:			La clasificacion más alta de madre completó:		
¿El Padre tiene problemas aprendiendo, atención, conducta, o los problemas médicos? En ese caso, Por favor especifique.			¿La madre tiene problemas aprendiendo, atención, conducta, o los problemas médicos? En ese caso, Por favor especifique.		
Otros niños en la casa	Edad	Relación	Otros adultos en la casa	Edad	Relación

¿Han tenido alguno de sus familiares de sangre problemas parecidos a aquellos que su hijo está experimentando? Si  No   
 Si sí, por favor describa:

---



---



---

**Comportamientos de niños**

¿Qué son algunas de las fuerzas de sus niñas?

---

---

¿Siente usted que su hijo está teniendo problemas en la escuela? ¿Qué tipo de problemas?

---

---

¿Cuándo tuvo usted primero conciencia del problema?

---

---

¿Qué piensa usted que está causando el problema?

---

---

¿Ha mencionado su hijo problemas con la escuela? ¿Cómo se siente él/ ella sobre el problema?

---

---

Por favor describa el comportamiento de sus niños en casa. (¿Por ejemplo es él/ ella generalmente bien educado? ¿Han habido allí cambios recientes cualesquiera en comportamiento? ¿Cómo se lleva él/ ella con otros miembros familiares, vecinos y amigos?)

---

---

¿Qué hace su hijo cuando no esta en la escuela? (Por ejemplo mire el TV, lea, haga tareas, trabaje en trabajo de tiempo parcial, juegue con otros niños.)

---

---

¿Qué actividades hace la familia juntos? (Por ejemplo mire el TV, vaya camping participe en pasatiempos, deportes.)

---

---

## Student Intervention Team (SIT)

## Form E

¿Qué métodos para disciplina son utilizados con su hijo en casa? (Por ejemplo tareas estupendas, adicionales, hora de dormir temprana, supresión de TV y otros privilegios, recompensas por buen comportamiento.)

---

---

---

¿Qué es la reacción de sus niños para disciplinar?

---

---

---

¿Han habido allí cambios importantes cualesquiera en la familia? (Por ejemplo cambios de trabajo principales, movimientos, nacimientos, muertes, enfermedades, accidentes, separaciones, divorcio, segundas nupcias, incidentes de abuso.)

---

---

---

Brevemente discuta cualquier otra información importante sobre su hijo.

---

---

---

### Salud y la Historia de Desarrollo

¿Había algunos problemas antes de, durante o inmediatamente tras nacimiento? Si, No Si Sí, por favor explique.

---

---

---

Comparado con otros niños en la familia, el desarrollo de los niños ha sido: Describa cualesquiera problemas durante infancia o niñez temprana con comer, áreas durmientes u otras tal como dificultad siendo inquietud consolada, excesiva o irritabilidad, colico, etc.

---

---

Rodee debajo de las características del temperamento de su niño cuando el/ella era un infante y un niño pequeño

Nivel de actividad	Bajo	Promedio	Alto
Nivel de atención	Bajo	Promedio	Alto
Adaptabilidad-repartiendo con los Cambios	Pobre	Bueno	Muy bueno
El acercamiento / el withdrawl--Respondiendo a las nuevas cosas (el ej., los lugares, las personas, la comida, etc.,)	Pobre	Bueno	Muy bueno

# Student Intervention Team (SIT)

# Form E

¿El humor - lo que era el humor básico de su niño?	Infeliz	Promedio	Muy feliz
¿La regularidad - Cómo predecible su niño estaba en los modelos de sueño, el apetito, el etc?	No predecible	Algo predecible	Muy predecible

Brevemente describa cualesquiera enfermedades de niñez (por ejemplo sarampión, varicela, infecciones de oreja crónicas, alergias, fiebres alta o embargos), accidentes (por ejemplo herida en la cabeza, huesos rotos, puntadas) y hospitalizaciones. Por favor dé la edad de sus niños en el momento de enfermedad, accidente u hospitalización.

---

---

---

¿Es su hijo bajo el cuidado de un médico para un problema médico? Si, No  
Si sí, por favor explique.

---

---

---

Por favor indique la fecha y resultados del último examen físico de sus niños.

---

---

---

¿Está su hijo ahora tomando medicina? Sí  No

Si sí, por favor describa razón para medicación, tipo, dosificación y efecto y el lado lleva a cabo la medicina podría tener.

---

---

¿Ha tomado su hijo alguna vez medicina para un período de tiempo largo? Efecto.

---

---

¿Lo hace el niño utiliza cualquier equipo especial o tecnología para a mejorar funcionamiento? Si, No

Si sí, por favor explique.

---

---

¿Está su hijo recibiendo servicios de otra agencia (por ejemplo enseñanza, asesoramiento, libertad condicional que supervisa, etc.?) Si, No

Si sí, por favor explique.

---

---

**Student Intervention Team (SIT)**

**Form E**

¿Ha evaluado su hijo alguna vez antes a idioma neurológico, psicológico, psiquiátrico, el habla, aprendizaje, audición, visión o problemas físicos en el pasado? Si  No   
Si sí, por favor explique e indique fechas de evaluaciones.

---

¿Estaría usted interesado en entrenamiento principal? ¿Sí  No   
Si sí en qué áreas?

---

---

Firma

---

Fecha