

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

SI NECESITA AYUDA PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO, COMUNÍQUESE CON EL DIRECTOR DE LA ESCUELA O EL MAESTRO DE SU HIJO.
Por favor devuelva este formulario al maestro de su hijo.

Información Demográfica			
Nombre del Niño(a)			Fecha de nacimiento:
Nombre del Padre, Madre o tutor			
Dirección			
Escuela			
Teléfono celular		Teléfono del hogar:	Teléfono del trabajo:
Email del padre			
Idioma principal que se habla en el hogar: <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> chuukese <input type="checkbox"/> Otro: _____			Si no es inglés, ¿habla inglés el niño? <input type="checkbox"/> Sí <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 padres	<input type="checkbox"/> Solo el papá	<input type="checkbox"/> Solo la mamá
	<input type="checkbox"/> El Tutor legal	<input type="checkbox"/> Otro:	

Anote todas las demás personas que residen en el hogar, incluidos los abuelos, primos, medios hermanos, medias hermanas, etc.

Nombre	Género	Edad	Relación

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

Logro Temprano		
Habilidad/Edad esperada (basado en el CDC)	Edad	¿Con retraso en el desarrollo?
Se sentó sin apoyo / 9 meses		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Se agarra y aprieta para pararse / 1 año		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Caminó solo(a) / 15 meses		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Dijo su primera palabra / 1 año		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Usa el baño por si mismo(a) / 2 - 3 años		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Explique cualquier retraso o inquietud experimentada:		

Historial Medico			
Nombre del Medico:			
¿Ha estado su niño(a) hospitalizado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	En caso afirmativo, cuándo:		
¿Por qué?			
Indique las fechas en las que su hijo se sometió a la cirugía:	N/A si no corresponde		
Tubos para los oídos			
Amigdalectomía			
Adenoidectomía			
Cirugía de ojo			
Otras cirugías no anotadas:			
¿Ha tenido su hijo algún accidente o lesión grave? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
En caso afirmativo, por favor anótelo:			
¿Tiene su hijo(a) alguna enfermedad importante? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
En caso afirmativo, explíquelo por favor:			
¿Está su hijo actualmente diagnosticado con una condición/trastorno crónico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			
<input type="checkbox"/> TDAH/TDA	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad	<input type="checkbox"/> Autismo
<input type="checkbox"/> PDD-NOS	<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Condición cardíaca
<input type="checkbox"/> ODD (trastorno de oposición desafiante)	<input type="checkbox"/> Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo	<input type="checkbox"/> Infecciones crónicas del oído	<input type="checkbox"/> Convulsiones/ Epilepsia
Otro:			

Historial Médico, Continuación	
¿Está su hijo tomando medicamentos actualmente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Nombre(s) del medicamento(s) actual y para qué	
¿Tiene su hijo(a) efectos secundarios?	En caso afirmativo explicar:
¿Tiene su hijo(a) alguna alergia ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Especificar en caso afirmativo:
¿Usa anteojos su hijo(a)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	En caso afirmativo, fecha del último examen:
¿Usa audífonos su hijo(a)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	En caso afirmativo, fecha del último examen:
¿Tiene su hijo un dispositivo de comunicación personal o un dispositivo médico ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	En caso afirmativo explicar:
¿Tiene usted alguna preocupación con el procesamiento sensorial de su hijo(a)?	Sensibilidad a la luz, las texturas y los sonidos. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Es quisquilloso para comer. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Muestra comportamiento repetitivo. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Se distrae fácilmente con estímulos visuales o auditivos. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Se mueve excesivamente o tiene movimientos corporales frecuentes. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí En caso afirmativo, explique.

Habilidades Motrices y de Comunicación	
Motricidad Gruesa	¿Se cansa fácilmente su hijo debido a una condición física? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	¿Puede su hijo navegar por su entorno, como escaleras y moverse alrededor de los muebles? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	¿Participa su hijo en alguna actividad física como andar en bicicleta, saltar en un trampolín, deportes, etc.? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	Por favor explique cualquier inquietud:
Motricidad Fina	¿Puede su hijo abrir paquetes, manipular ropa como cremalleras, botones o broches y usar utensilios? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	¿Alguna preocupación con la escritura a mano o la formación de letras/números? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	¿Disfruta su hijo de alguna actividad como las artes y manualidades, tocar un instrumento musical, dibujar, etc.? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	Por favor explique cualquier inquietud:
Comunicación -Habla	¿Puede su hijo producir sonidos específicos para formar palabras? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	¿Tiene alguna preocupación con la tartamudez? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	¿Alguna preocupación con su tono o volumen al hablar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	Por favor explique cualquier inquietud:

Comunicación - Lenguaje	¿Puede su hijo contar una historia que tenga sentido y siga una secuencia de eventos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	¿Puede su hijo seguir instrucciones de varios pasos de forma independiente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	¿Usa su hijo la gramática correcta cuando escribe o habla? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	Por favor explique cualquier inquietud:

Historia Social y Emocional	
¿Es el niño capaz de desarrollar relaciones con los demás?	Si no, explicar:
¿Cómo es la relación del niño con los miembros de la familia dentro o fuera del hogar?	Describir:
¿Cómo interactúa el niño con las personas fuera del hogar?	Describir:

El niño(a) preferiría: (marque las casillas apropiadas)		<input type="checkbox"/> Jugar solo/no interactuar	<input type="checkbox"/> Jugar / interactuar con muchos amigos
<input type="checkbox"/> Jugar/interactuar con niños más pequeños	<input type="checkbox"/> Jugar/interactuar con niños mayores	<input type="checkbox"/> Jugar/interactuar con niños de la misma edad	<input type="checkbox"/> Mi hijo no juega/interactúa

¿Cuál de los siguientes comportamientos describe el historial de comportamiento actual o pasado de su hijo (a)?			
<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 otros
<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"/> Miente	<input type="checkbox"/> Mira fijamente
<input type="checkbox"/> Tiene rabietas	<input type="checkbox"/> Frecuentemente nervioso	<input type="checkbox"/> Impulsivo	<input type="checkbox"/> Parece estar cansado
<input type="checkbox"/> Feliz	<input type="checkbox"/> Tiene temores inusuales	<input type="checkbox"/> Inflexible/Rígido	<input type="checkbox"/> Es retraído
<input type="checkbox"/> Se rinde con facilidad	<input type="checkbox"/> Problemas de alimentación	<input type="checkbox"/> Se escapa/fuga	<input type="checkbox"/> Irrespetuoso
<input type="checkbox"/> Busca atención	<input type="checkbox"/> Se deja llevar fácilmente	<input type="checkbox"/> Malhumorado	<input type="checkbox"/> Inmaduro para la edad
<input type="checkbox"/> Desorganizado	<input type="checkbox"/> No ayuda	<input type="checkbox"/> Triste	<input type="checkbox"/> Demasiado dependiente
<input type="checkbox"/> Iloriquea/se queja	<input type="checkbox"/> Lloro con facilidad	<input type="checkbox"/> Desafiante	<input type="checkbox"/> Cruel con los animales

Anote los pasatiempos, equipos deportivos, intereses y actividades extracurriculares de su hijo:
¿Qué quiere ser su hijo cuando crezca?

¿Ha tenido su hijo(a) una evaluación psicológica?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
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 ver cambiar:	
1.	
2.	
3.	
4.	

¿Actitud del niño hacia la escuela? <input type="checkbox"/> Positiva <input type="checkbox"/> Negativa
Explicar:
¿Qué se está haciendo en casa para ayudar a su hijo con sus necesidades educativas?

¿Su hijo ha tenido algún evento significativo reciente en su vida, tales como:		
<input type="checkbox"/> Divorcio de los padres	<input type="checkbox"/> Nuevo matrimonio de los 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 familiar	<input type="checkbox"/> Padre desempleado recientemente	<input type="checkbox"/> Testigo o ha sido víctima de abuso doméstico
Otro:		
¿Ha tenido su hijo(a) problemas con las autoridades de menores o la policía?		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Explicar		
Esta su hijo bajo la supervisión de un policía juvenil; anote el nombre del policía:		

Comportamiento Adaptativo/Funcionamiento Intelectual		
¿Cuál de los siguientes comportamientos describe el funcionamiento adaptativo actual de su hijo?		
<input type="checkbox"/> Mantener la higiene personal	<input type="checkbox"/> Se baña de forma independiente (con asistencia según la edad)	<input type="checkbox"/> Sigue las rutinas básicas (vestirse, prepararse para la escuela, acostarse)

<input type="checkbox"/> Comprende señales sociales verbales y no verbales	<input type="checkbox"/> Tiene buenos modales	<input type="checkbox"/> Completa tareas o quehaceres diarios con supervisión
<input type="checkbox"/> Sigue las reglas dentro de la comunidad	<input type="checkbox"/> Comprende los conceptos básicos de seguridad	<input type="checkbox"/> Puede expresar cuando está enfermo o lesionado y sabe cómo buscar ayuda
<input type="checkbox"/> Aboga por sí mismo	<input type="checkbox"/> Entiende las reglas sociales	<input type="checkbox"/> Requiere supervisión constante (puede perderse o huir/fugarse)
¿Cuál de los siguientes comportamientos de resolución de problemas muestra su hijo?		
<input type="checkbox"/> Completa rompecabezas (o los ha completados en el pasado)	<input type="checkbox"/> Comprende nueva información rápidamente	<input type="checkbox"/> Recuerda información día a día
<input type="checkbox"/> Aplicar lo aprendido a una nueva situación	<input type="checkbox"/> Puede descifrar como resolver un problema	<input type="checkbox"/> Puede trabajar de forma independiente para completar un trabajo/tarea.

Historial Educativo		
¿Asistió su hijo(a) a una Preescuela (preprimaria)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	En caso afirmativo, ¿dónde?	
¿Ha repetido su hijo(a) algún grado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	En caso afirmativo, ¿qué grado(s)?	
Enumere las escuelas anteriores a las que ha asistido el niño:		
Nombre de Escuela	Fechas de asistencia	Si no es SJSD, ¿en qué ciudad y estado?

¿Ha sido evaluado su hijo(a) educativamente por alguien fuera del Distrito Escolar de St. Joseph? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Cuándo y Dónde	
Por Quién	
Se adjunta copia de la evaluación <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	

Historial Educativo, Continuación	
¿Recibe su hijo(a) actualmente servicios fuera de la escuela?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí *en caso afirmativo, indique a continuación*
<input type="checkbox"/> Consejería	<input type="checkbox"/> Tutoría
<input type="checkbox"/> Logopedia (Terapia del habla)	<input type="checkbox"/> Terapia ocupacional
<input type="checkbox"/> Terapia física	<input type="checkbox"/> Terapia de la vista
Otro:	

¿Tiene inquietudes sobre el progreso educativo de su hijo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Explicar:

¿Cuáles son las fortalezas educativas de su hijo/a?				
<input type="checkbox"/> Habilidades matemáticas	<input type="checkbox"/> Lectura	<input type="checkbox"/> Escritura	<input type="checkbox"/> Trabajo nítido	<input type="checkbox"/> Servicial
<input type="checkbox"/> Vocabulario amplio	<input type="checkbox"/> Cumple las normas escolares	<input type="checkbox"/> Respetuoso	<input type="checkbox"/> Se enorgullece de su trabajo	<input type="checkbox"/> Buen compañero de equipo
<input type="checkbox"/> Se adapta fácilmente a nuevas situaciones	<input type="checkbox"/> Bien organizado	<input type="checkbox"/> Sabe escuchar	<input type="checkbox"/> Se esfuerza	<input type="checkbox"/> En general, se porta bien
¿Cuáles son las dificultades educativas de su hijo/a?				
<input type="checkbox"/> Pocas habilidades matemáticas	<input type="checkbox"/> Lento al leer	<input type="checkbox"/> Su escritura es difícil de leer	<input type="checkbox"/> Ideas de escritura poco claras	<input type="checkbox"/> Desorganizado
<input type="checkbox"/> Tiene dificultades para completar la tarea	<input type="checkbox"/> Se confunde y se da por vencido fácilmente	<input type="checkbox"/> Se frustra o aburre rápidamente	<input type="checkbox"/> No parece entender lo que lee	<input type="checkbox"/> Se distrae fácilmente
<input type="checkbox"/> Se olvida de entregar el trabajo escolar	<input type="checkbox"/> Tiene dificultades para entregar las comunicaciones de la escuela o el hogar	<input type="checkbox"/> No conoce conceptos básicos que debería haber aprendido	<input type="checkbox"/> Depende de los adultos para completar el trabajo	<input type="checkbox"/> Tienen dificultad haciendo una transición

Transición- solo para Escuela Intermedia/Secundaria				
<input type="checkbox"/> Tiene permiso o licencia de conducir	<input type="checkbox"/> Tiene un trabajo/tuvo un trabajo	<input type="checkbox"/> Completa las tareas del hogar	<input type="checkbox"/> Capaz de realizar un seguimiento de su propio dinero	<input type="checkbox"/> Sabe contar dinero
<input type="checkbox"/> Capaz de cocinar una comida/comidas	<input type="checkbox"/> Capaz de usar el transporte público	<input type="checkbox"/> Quiere ir a la universidad	<input type="checkbox"/> Interesado en una escuela de comercio	<input type="checkbox"/> No tiene planes después de la Escuela Secundaria
¿Hay alguna agencia externa con la que su hijo esté involucrado? (es decir, Progressive, Rehabilitación Vocacional, UCP, MERIL):				