

Información para padres

Nombre _____ SSN _____ N° Medicaid _____
 Escuela _____ Grado _____ Fecha de nac. _____
 Domicilio _____ N° Tel _____ N° emerg. _____

Se contactó a los padres por Carta Teléfono Reunión
 Contactó con los padres _____ el día _____
 (personal de la escuela) (fecha)

Familia

¿Con quién vive el alumno?
¿Quién cuenta con la autoridad para tomar decisiones académicas por el niño?

Idioma principal que se habla en el hogar _____ Otros idiomas _____

Nombre del padre	Edad	Ocupación	Nombre de la madre	Edad	Ocupación
Empleador del padre	Número de teléfono del trabajo:		Empleador de la madre	Número de teléfono del trabajo:	
Grado académico más alto obtenido por el padre:			Grado académico más alto obtenido por la madre:		
¿El padre tiene problemas de salud, de comportamiento o para aprender o prestar atención? De ser así, explique.			¿La madre tiene problemas de salud, de comportamiento o para aprender o prestar atención? De ser así, explique.		
Otros niños en el hogar	Edad	Relación	Otros adultos en el hogar	Edad	Relación

¿Alguno de sus familiares consanguíneos tiene problemas similares a los que está teniendo su hijo?
 Sí No

Si respondió que sí, describa el problema:

Comportamientos del niño

¿Cuáles son algunos de los puntos fuertes de su hijo?

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

¿En qué momento se dio cuenta de estos problemas?

¿Su hijo ha mencionado problemas con la escuela? ¿Cómo se siente el alumno acerca del problema?

Describe el comportamiento de su hijo en la casa. (Por ejemplo, ¿generalmente se porta bien? ¿Ha notado cambios recientes en su comportamiento? ¿Cómo se lleva con los otros miembros de la familia, los vecinos y amigos?)

¿Qué hace su hijo cuando no está en la escuela? (Mira televisión, lee, hace tareas del hogar, tiene un trabajo de medio tiempo, juega con otros niños).

¿Qué actividades hacen en familia? (Miran televisión, van de campamento, tienen hobbies, practican deportes).

¿Cómo disciplinan a su hijo en el hogar? (por ejemplo: le pegan, le dan tareas extras, lo mandan a dormir temprano, no le dan permiso para mirar tv o hacer otras cosas; cuando se porta bien le dan premios).

¿Cuál es la reacción de su hijo ante la disciplina?

¿Ha habido cambios importantes dentro de la familia? (cambio de trabajo de los padres, mudanzas, nacimientos, muertes, enfermedades, accidentes, separaciones, divorcios, segundas nupcias de los padres, incidentes de abuso).

Escriba brevemente otra información que considere importante acerca de su hijo.

Historial médico y desarrollo

¿Hubo problemas antes, durante o inmediatamente después del parto? Sí No

¿Cuáles?

En comparación con otros niños de la familia, el crecimiento de su hijo ha sido:

Más lento Casi igual Más rápido

Describa cualquier problema que haya presentado durante la infancia, respecto a la alimentación, el sueño, o dificultades para calmarlo, demasiada actividad, irritabilidad, cólicos, etc.

Marque con un círculo las características del temperamento de su hijo cuando era bebé o muy pequeño.

Nivel de actividad	Bajo	Normal	Alto
Nivel de atención	Bajo	Normal	Alto
Adaptación (respecto a los cambios)	Poca	Normal	Muy bien

Rice Consolidated Independent School District Proceso de respuesta a intervención

Acercamiento/Retracción en cuanto a cosas nuevas (lugares, personas, comidas, etc.)	Poco	Bien	Muy bien
Estado de ánimo (¿Cuál era el ánimo general de su hijo?)	Mal humor	Normal	Muy feliz
Regularidad (¿Cuán predecibles eran los hábitos de sueño, apetito, etc. de su hijo?)	Impredecibles	Poco predecibles	Muy predecibles

Describa brevemente las enfermedades de la niñez que ha padecido (rubéola, varicela, infecciones crónicas en los oídos, alergias, fiebres altas o convulsiones), accidentes (heridas en la cabeza, huesos fracturados, puntadas) y hospitalizaciones. ¿Qué edad tenía su hijo cuando sucedieron estas cosas?

¿Su hijo está recibiendo tratamiento médico de algún tipo? Sí No
Si la respuesta es sí, ¿de qué tipo?

¿Cuándo fue la última vez que se le hizo un control médico a su hijo? ¿Cuáles fueron los resultados?

¿Su hijo está tomando medicamentos? Sí No Indique el motivo, el tipo, la dosis y los efectos primarios y secundarios del medicamento que está tomando.

¿Su hijo ha tomado medicamentos por periodos de tiempo prolongados? Sí No
Explique por qué y cuáles fueron los efectos.

¿Su hijo está siendo atendido por alguna otra institución? (De tutoría, consejería, monitoreo de prueba, etc.) Sí No. Si la respuesta es sí, explique por qué.

¿Alguna vez se le han realizado pruebas neurológicas, psicológicas, psiquiátricas, de habla, de aprendizaje, auditivas o de problemas físicos? Sí No Escriba las fechas y el tipo de pruebas.

¿Estaría interesado en recibir capacitación para padres? Sí No ¿En qué áreas?

(Firma)

(Fecha)