

Cuestionario para los Padres

Historia del Desarrollo Social /Mental

Estimado Padre:

Por favor ayúdenos a comprender mejor a su hijo/a. Está en la libertad de aportar parte o toda la información solicitada. Esta información es usada con el propósito de identificar las necesidades educacionales y serán conservadas de acuerdo a la Póliza de Registros de las Escuelas del Condado de Cabarrus.

Estudiante: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Formulario llenado en: _____ Relación con el estudiante: _____ la Fecha: _____

I. Fortalezas y Preocupaciones:

Las fortalezas de mi hijo/a son: _____

Mi hijo/a disfruta o le gusta: _____

Mis mayores preocupaciones con mi hijo/a son:

- Académicas (describalas): _____
- Comportamiento (describalas): _____
- Social o emocional (describalas): _____

II. Historia Médica y de Desarrollo Mental:

Salud de la madre durante el embarazo: ___ Buena ___ Normal ___ Pobre (describala)

Edad de la madre al nacer el niño/a: _____

Peso del niño/a al nacer: _____

Historia del Parto:

___ Parto largo y difícil ___ Parto rápido ___ Lesión en la cabeza
___ Ictericia ___ Prematuro ___ Necesitó oxígeno
___ Convulsiones ___ Dificultad para respirar ___ Otro (explique) _____

¿Tuvo su hijo/a problemas con retrasos o problemas con?:

- Alimentación/destete ___ No ___ Sí (describa) _____
- Balbucear ___ No ___ Sí (describa) _____
- Decir sus primeras palabras
 ___ No ___ Sí (describa) _____
- Hablar en frases u oraciones cortas
 ___ No ___ Sí (describa) _____
- Caminar ___ No ___ Sí (describa) _____
- Entrenar p/ir al baño
(de día) ___ No ___ Sí (describa) _____
- Entrenar p/ir al baño
(de noche) ___ No ___ Sí (describa) _____

Historia Médica:

___ Asma/alegías ___ Problemas del corazón ___ Ataques
___ Infección de oídos/tubos ___ Dolores de cabeza ___ Sueño intranquilo

Retraso en desarrollo mental Fiebres altas Dolores de estómago
 Se enferma frecuentemente Hiperactividad Tics
 Otro (*explique, e.g, cirugía, habla o problemas de lenguaje, etc.*) _____

Medicamentos que mi hijo/a está tomando: _____

III. Historia Escolar:

Asistió su hijo/a a: Hogar Privado Guardería Pre-escuela Head Stara

Nombre de Pre-escuela/guardería	Edad del Niño/a	Tiempo en que asistió el niño/a en esta pre-escuela/guardería
---------------------------------	-----------------	---

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Describa cualquier específica dificultad: _____

¿Alguna vez su hijo/a ha sido suspendido/a o expulsado/a? de la escuela No Sí del autobús No Sí (*en caso de Sí, explique por qué*)

¿Ha sido examinado su hijo/a alguna vez para servicios especiales? No Sí (*en caso de Sí, ¿cuándo y dónde*)

¿Ha estado su hijo/a en algún tipo de programa educativo? No Sí (*en caso de Sí, por favor explique*) _____

¿Cómo se siente su hijo/a respecto a la escuela? _____

¿Usualmente cómo hace la tarea su hijo? _____

¿Cómo se siente Ud. respecto al programa educacional? _____

IV. Características del Comportamiento y Estrategias de Disciplina:

Los siguientes comportamientos describen mejor a mi hijo/a (*indique todas las que apliquen*):

<input type="checkbox"/> Altamente responsable	<input type="checkbox"/> Se frustra fácilmente	<input type="checkbox"/> No cooperativo con los niños
<input type="checkbox"/> Intenta duro en hacer su trabajo	<input type="checkbox"/> No termina cosas	<input type="checkbox"/> No coopera con los adultos
<input type="checkbox"/> Aprovecha muy bien el tiempo	<input type="checkbox"/> Siempre listo para todo	<input type="checkbox"/> Demasiado sensible a la crítica
<input type="checkbox"/> Se relaciona bien con los demás	<input type="checkbox"/> "Actúa antes de pensar"	<input type="checkbox"/> Niega errores, culpa a otros
<input type="checkbox"/> Termina tareas	<input type="checkbox"/> Demasiado pensativo	<input type="checkbox"/> Exige inmediata atención
<input type="checkbox"/> Cooperativo	<input type="checkbox"/> Solitario	<input type="checkbox"/> Poco control de su enojo

___ Sensible a las necesidades de otros

___ Prefiere la compañía de ___Platicador o silencioso adultos

¿Cómo es la disciplina de su hijo/a en casa? (indique todas las que apliquen)

___ Separándolo/a

___ Quitándole privilegios

___ Castigándolo/a

___ Tiempo muerto (niños pequeños)

___ Hablarle fuerte

___ Otros (describa)

___ Nalgadas

___ Razonando/explicando

Describe cuál es la más efectiva y por qué: _____

¿Quién reesfuerza las reglas y es responsable de la disciplina en casa? _____

V. Miembros de la familia:

Nombre de la madre: _____ Edad: ___ Grado hasta el que estudió: ___

Para quién trabaja: _____ Horas de trabajo: ___ Trabajo: _____

Nombre del padre: _____ Edad: ___ Grado hasta el que estudió: ___

Para quién trabaja: _____ Horas de trabajo: ___ Trabajo: _____

Los padres están: ___ casados

___ separados

___ divorciados en caso de estar divorciados, ¿quién tiene la custodia del niño/a?

___ solteros

___ vueltos a casar

en caso de vuelto a casar, ¿cuándo? Madre _____ Padre _____

Por favor enliste a todas las personas que viven en su casa con su hijo/a

Nombre:	Relación:	Edad:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Enliste a otras personas que tengan frecuente contacto con su hijo/a:

¿Tiene su hijo/a alguna dificultad para relacionarse o llevarse con las siguientes personas: (en caso de Sí, por favor explique)

Padres ___ No ___ Sí _____

Hermano/a-s ___ No ___ Sí _____

Otros niños en el barrio ___ No ___ Sí _____

VI. Hogar y Comunidad:

¿Qué tareas hogareñas o responsabilidades realiza su hijo/a en casa? _____

¿Qué tan bien realiza su hijo/s esas tareas o responsabilidades? _____

¿En qué actividades fuera del programa participa su hijo/a? _____

¿En qué actividades comunitarias participa su hijo/a? _____

¿Trabaja su hijo/a como empleado o trabaja como voluntario? ___ No ___ Sí
Nombre de donde trabaja: _____ Horas de trabajo: _____ Trabajo: _____
_____.

¿Ha habido alguna vez sucesos significantes en la familia que hayan afectado a su hijo/a (tales como un recien cambio de casa, muerte en la familia, cambios en el trabajo o de finanzas, etc)?
___ No ___ Sí (*en caso de sí, explique*)

¿Está la familia recibiendo servicios de parte de agencias de la comunidad? ___ No ___ Sí (*en caso de sí, por favor explique*)

Por favor, díganos cualquier otra información o comentario que ayude a la escuela a comprender y trabajar más eficientemente con su hijo/a.

Gracias por darnos esta información- ¡agradecemos su cooperación!