



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 reesfuera 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!**