

Historial Educativo-Entrevista de los Padres

Información General	
Nombre del estudiante:	
Persona que fue entrevistada:	
Relación de la persona con el estudiante:	
Entrevistador:	

Preocupación
<p>Recientemente, el maestro de su hijo (o usted) ha expresado su preocupación por el progreso de su hijo en _____ . Debido a estas preocupaciones, me gustaría hacerle algunas preguntas para ayudar a determinar por qué su hijo puede tener dificultades. La información que comparta ayudará a la escuela a determinar si su hijo requiere intervenciones adicionales y qué pueden incluir esas intervenciones.</p> <p>Si la información que comparte nos lleva a sospechar una posible discapacidad educativa, se puede recomendar una remisión para una evaluación de educación especial. Todo lo que comparta será confidencial y sólo se revelará a los miembros del personal que participan en el programa educativo de su hijo. Si hay alguna pregunta con la que se sienta incómodo o que prefiera no responder, se puede omitir. ¿Tiene alguna pregunta antes de empezar?</p>

Antecedentes Familiares		
¿Quién vive en la misma casa con su hijo? (Marque todo lo que corresponda)		
<input type="checkbox"/> Madre biológica <input type="checkbox"/> Madre adoptiva <input type="checkbox"/> Abuela	<input type="checkbox"/> Padre biológico <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra Otro _____ Otro _____
Información de los otros niños que viven en la misma casa:		
#1. Edad: _____ Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Relación: <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Otro _____	#2. Edad: _____ Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Relación: <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Otro _____	#3. Edad: _____ Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Relación: <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Otro _____

#4. Edad: _____ Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Relación: <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Otro _____	#5. Edad: _____ Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Relación: <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Otro _____	#6. Edad: _____ Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer Relación: <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana <input type="checkbox"/> Otro _____
--	--	--

Qué es:		
Lugar de nacimiento del padre:	Profesión del padre:	Nivel de educación del padre:
Lugar de nacimiento de la madre:	Profesión de la madre:	Nivel de educación de la madre:
Lugar de nacimiento del cuidador/tutor legal:	Profesión del cuidador/tutor legal:	Nivel de educación del cuidador/tutor legal:
Lugar del nacimiento del niño:		

Información de Salud y Desarrollo	
Durante este embarazo y/o durante el parto, ¿sufrió la madre alguna enfermedad inusual, afección o accidente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, por favor, describa:
¿Tomó la madre alguna droga o medicamento, o consumió tabaco u otro tipo de alcohol durante el embarazo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, por favor, describa:
¿Su hijo ha padecido alguna vez enfermedades graves?	Enfermedad: _____ Edad: _____ Enfermedad: _____ Edad: _____ Enfermedad: _____ Edad: _____

<p>¿Su hijo ha sido alguna vez hospitalizado?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, por favor, describa:</p> <p>Edad de hospitalización #1: _____ Tiempo de estancia: _____</p> <p>Razón: _____</p> <p>Dónde: _____</p> <p>Edad de hospitalización #2: _____ Tiempo de estancia: _____</p> <p>Razón: _____</p> <p>Dónde: _____</p>
<p>¿Su hijo ha sufrido alguna vez una lesión grave en la cabeza?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, por favor, describa:</p> <p>¿Cómo ocurrió la lesión en la cabeza? _____</p> <p>Edad del niño en el momento de la lesión: _____</p> <p>¿Su hijo perdió la conciencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? _____</p> <p>¿Su hijo fue hospitalizado por esta lesión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, ¿dónde? _____</p>

<p>¿Se le ha diagnosticado a su hijo alguna enfermedad física o mental? (TDAH, autismo, convulsiones, diabetes, síndromes)</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, indique:</p>
<p>¿Toma su hijo algún tipo de medicamento recetado con regularidad? (Si hay más de 2 medicamentos, utilice el reverso de este formulario)</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, llene los datos:</p> <p>Nombre del medicamento #1: _____</p> <p>Con qué frecuencia se tomó: _____ Cuánto tiempo se tomó: _____</p> <p>Razón/Condición: _____</p> <p>Nombre del medicamento #2: _____</p> <p>Con qué frecuencia se tomó: _____ Cuánto tiempo se tomó: _____</p> <p>Razón/Condición: _____</p>
<p>¿Le han recetado lentes a su hijo?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>¿Su hijo tiene antecedentes de infecciones de oído?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>¿Ha recibido tratamiento para las infecciones de oído?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>¿Se ha realizado alguna vez una prueba de oído a su hijo?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____</p> <p>¿Cuáles fueron los resultados? _____</p>

<p>En su opinión, el desarrollo de su hijo se retrasó en alguno de los siguientes aspectos (marque todos los que correspondan):</p>	<p> <input type="checkbox"/> Sentarse <input type="checkbox"/> Gatear <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Usar palabras sueltas <input type="checkbox"/> Frases <input type="checkbox"/> Oraciones completas <input type="checkbox"/> Ir al baño <input type="checkbox"/> Otros _____ Para todas las áreas marcadas, describa: </p>
---	---

Información Social y Ambiental	
<p>¿Cómo se lleva su hijo con otros niños de su misma edad?</p>	
<p>¿Qué le gusta hacer a su hijo en su tiempo libre?</p>	
<p>Su hijo está sobrepasado (marque todo lo que corresponda):</p>	<p> <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Agresivo <input type="checkbox"/> Impulsivo <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Frustrado <input type="checkbox"/> Temeroso <input type="checkbox"/> Tímido <input type="checkbox"/> Exigente <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/> No se aplica ninguno </p>
<p>Describa cualquier preocupación que tenga en cuanto al comportamiento de su hijo:</p>	

<p>¿Cuáles son sus tres principales preocupaciones con nuestro hijo?</p>	<p> 1. _____ 2. _____ 3. _____ <input type="checkbox"/> No tenga ninguna preocupación </p>
<p>¿Le resulta fácil a usted y a los demás entender lo que dice su hijo cuando habla?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso negativo, describa: </p>
<p>¿Cuántos minutos diarios lee su hijo o le leen en casa?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Más de 20 minutos <input type="checkbox"/> Menos de 20 minutos <input type="checkbox"/> No lee en casa </p>
<p>¿Cuánto tiempo diario dedica tu hijo a la tarea?</p>	
<p>¿Qué dificultades tiene en casa a la hora de hacer la tarea o leer?</p>	

Describa cualquier trauma emocional que haya sufrido su familia. Esto podría incluir un desastre natural, una guerra, la muerte, la violencia, la separación de los padres, etc:	
Que usted sepa, ¿su hijo ha sufrido alguna vez abusos sexuales o físicos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comentarios:

Historial Escolar			
Mi hijo comenzó la escuela en:	Edad:	Grado:	Ubicación de la escuela:
¿Ha informado algún maestro anterior de algún problema o dificultad en la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, por favor, describa:		
¿Su hijo ha recibido alguna vez ha recibido servicios de educación especial (marque lo que corresponda)?	<input type="checkbox"/> Plan Atención Médica <input type="checkbox"/> Plan de Acomodación 504 <input type="checkbox"/> Preescolar de Educación Especial <input type="checkbox"/> ESL/ELL <input type="checkbox"/> Asesoramiento <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional/Física <input type="checkbox"/> Logopedia <input type="checkbox"/> Intervención desde el nacimiento hasta los 3 años <input type="checkbox"/> Educación Especial-Edad Escolar <input type="checkbox"/> Other _____		
Describa cualquier dificultad que crea que tiene su hijo con el aprendizaje (p.ej. tarda mucho, olvida fácilmente, necesita mucha repetición):			

¿Algún otro miembro de la familia tiene dificultades de aprendizaje?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, por favor, describa:		
¿Hay algo más que le gustaría compartir?			

Historial Educativo
(se llena por el personal de la escuela)

Grado	Nombre/Lugar de la escuela (Si no es de EEUU, indique el país)	Total de ausencias	Total de tardanzas	Total de días de Asistencia
Preescolar				
Kínder				
_____ grado				
_____ grado				
_____ grado				
_____ grado				
_____ grado				
_____ grado				
_____ grado				
_____ grado				
_____ grado				
_____ grado				
_____ grado				
_____ grado				

Información del idioma de la familia (Llenar sólo si se ha identificado al niño como estudiante de inglés)

¿Cuál o cuáles idiomas habla el niño?	
¿Cuál o cuáles idiomas habla su hijo en casa a...?:	Adultos: Hermanos: Amigos:
¿Cuál o cuáles idiomas le hablan a su hijo en casa por...?:	Padre: Madre: Cuidador/Tutor Legal: Hermanos: Otros familiares:
¿El desarrollo del idioma natal del niño parece típico del desarrollo del lenguaje de otros niños?	
¿Le preocupa la forma en que su hijo habla su idioma natal?	
¿El niño también lee y/o escribe en su idioma natal?	Mi hijo lee en su idioma natal. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo: ¿Es su capacidad de lectura típica para su edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Mi hijo escribe en su idioma natal. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo: ¿Su capacidad de escritura es típica para su edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿A qué nivel de inglés estuvo expuesto el niño desde su nacimiento hasta el momento en que comenzó a asistir a una escuela de habla inglesa?	<input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> La mitad del tiempo <input type="checkbox"/> Mayormente en inglés
¿Cuáles fueron los tipos de exposición al inglés? Marque todos los que correspondan.	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Otros familiares <input type="checkbox"/> Medios de comunicación
¿A qué nivel de inglés está expuesto el niño ahora?	<input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> La mitad del tiempo <input type="checkbox"/> Mayormente en inglés

<p>¿Cuáles son los tipos de exposición al inglés? Marque todos los que correspondan.</p>	<p><input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermanos <input type="checkbox"/> Otros familiares <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Medios de comunicación <input type="checkbox"/> Sólo en la escuela</p>
<p>¿Cuál es el idioma que su hijo oye con más frecuencia en la comunidad? (por ejemplo, a los vecinos, en la tienda, en las salidas familiares, en las fiestas familiares, en la televisión y en la radio)</p>	
<p>¿Cuánto tiempo lleva el niño asistiendo a escuelas de inglés? Marque todo lo que corresponda.</p>	<p><input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/> 4° <input type="checkbox"/> 5° <input type="checkbox"/> 6° <input type="checkbox"/> 7° <input type="checkbox"/> 8° <input type="checkbox"/> 9° <input type="checkbox"/> 10° <input type="checkbox"/> 11°</p>

<p>¿Ha asistido el niño a una escuela en otro idioma? Marque los niveles de grado que correspondan.</p>	<p><input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/> 4° <input type="checkbox"/> 5° <input type="checkbox"/> 6° <input type="checkbox"/> 7° <input type="checkbox"/> 8° <input type="checkbox"/> 9° <input type="checkbox"/> 10° <input type="checkbox"/> 11°</p>
<p>Si las circunstancias impidieron que el niño asistiera a la escuela, ¿a qué grados no asistió o sólo asistió parcialmente? Marque todos los que correspondan.</p>	<p><input type="checkbox"/> K° <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/> 4° <input type="checkbox"/> 5° <input type="checkbox"/> 6° <input type="checkbox"/> 7° <input type="checkbox"/> 8° <input type="checkbox"/> 9° <input type="checkbox"/> 10° <input type="checkbox"/> 11°</p>
<p>¿Sabe de alguna preocupación cultural que tenga su familia o su hijo?</p>	
<p>¿Sabe de alguna preocupación personal que tenga su hijo?</p>	