

Socio-Cultural Survey

Special Education Services

La siguiente información ayudará a determinar las necesidades educativas de su niño y será tratado confidencialmente. Por favor responda las preguntas: sin embargo, **usted puede omitir cualquier elemento que parezca no corresponder a su niño, o que piensa es ofensivo o indeseable**. Por favor regrese este formulario al equipo de su niño lo más pronto posible.

FECHA DE FINALIZACIÓN DEL FORMULARIO

NOMBRE DEL NIÑO

FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO

FORMULARIO COMPLETADO POR

RELACIÓN AL NIÑO

INFORMACIÓN FAMILIAR

Estado del niño:

Natural Adoptado Hogar Temporal

NIÑO VIVE CON

NOMBRE DEL PADRE

OCUPACIÓN DEL PADRE

NÚMERO DE CONTACTO PREFERIDO DEL PADRE

Prefiero mensajes recordatorios de texto a este número

NOMBRE DE LA MAMÁ

OCUPACIÓN DE LA MAMÁ

NÚMERO DE CONTACTO PREFERIDO DE LA MAMÁ

Prefiero mensajes recordatorios de texto a este número

Hermanos/otros menores de edad viviendo en casa: (Marque los que viven en el hogar)

| | | | |
|--------------------------|------------------|----------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| | NOMBRE DE NIÑO 1 | EDAD DE NIÑO 1 | GRADO DE NIÑO 1 |
| <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| | NOMBRE DE NIÑO 2 | EDAD DE NIÑO 2 | GRADO DE NIÑO 2 |
| <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| | NOMBRE DE NIÑO 3 | EDAD DE NIÑO 3 | GRADO DE NIÑO 3 |
| <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| | NOMBRE DE NIÑO 4 | EDAD DE NIÑO 4 | GRADO DE NIÑO 4 |
| <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| | NOMBRE DE NIÑO 5 | EDAD DE NIÑO 5 | GRADO DE NIÑO 5 |
| <input type="checkbox"/> | _____ | _____ | _____ |
| | NOMBRE DE NIÑO 6 | EDAD DE NIÑO 6 | GRADO DE NIÑO 6 |

¿Hay otro idioma además de inglés que se habla en casa? Sí No _____
SI AFIRMATIVO, ¿CUÁL ES?

ACTIVIDADES QUE SU FAMILIA DISFRUTA HACER JUNTOS

CRISIS RECIENTE O PASADA EN LA FAMILIA

Socio-Cultural Survey

Special Education Services

Si tuviera que evaluar qué factores pueden estar relacionados con el problema de su hijo, ¿cuáles incluiría?
Marque todos los factores que crea que estén presentes.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas auditivos | <input type="checkbox"/> Problemas emocionales | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones | <input type="checkbox"/> Problemas visuales | <input type="checkbox"/> Daño cerebral |
| <input type="checkbox"/> La rivalidad entre hermanos | <input type="checkbox"/> Testarudez | <input type="checkbox"/> Problemas de alimentación |
| <input type="checkbox"/> Falta de compañeros de juegos/compañeros | <input type="checkbox"/> Pobre desarrollo motor | <input type="checkbox"/> Problemas de comunicación |
| <input type="checkbox"/> Dificultades de aprendizaje con la lectura | <input type="checkbox"/> Dificultades de aprendizaje de matemáticas | <input type="checkbox"/> Dificultad con la escritura |
| <input type="checkbox"/> Problemas sensoriales | <input type="checkbox"/> Difícil de entender | <input type="checkbox"/> Vocabulario limitado |
| <input type="checkbox"/> Periodo de atención corto | <input type="checkbox"/> Problemas médicos | <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento en casa |
| <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento en la escuela | <input type="checkbox"/> Dificultades intelectuales | <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo |
| <input type="checkbox"/> Problemas ambientales | <input type="checkbox"/> Inconsistencia de los cuidadores | <input type="checkbox"/> Acciones/movimientos repetitivos |
| <input type="checkbox"/> Cambio frecuente en las escuelas | <input type="checkbox"/> Desafíos de asistencia escolar | <input type="checkbox"/> Problemas para dormir |
| <input type="checkbox"/> Nutrición/problemas de alimentación | <input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de aprendizaje/desafíos escolares | |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para mantener amigos | <input type="checkbox"/> Antecedentes familiares de problemas de atención | |
| <input type="checkbox"/> Diagnóstico de ansiedad/depresión | <input type="checkbox"/> No/dificultades para caminar de forma independiente | |

HISTORIA DE DESARROLLO

Describa cualquier evento o condición inusual que pueda haber afectado a este niño durante el embarazo o durante el proceso de nacimiento:

A qué edad tu hijo:

SE SENTÓ SOLO

DIJO SU PRIMER PALABRA

GATEÓ

USÓ FRASES CORTAS

CAMINÓ SOLO

SE ENTRENÓ IR AL BAÑO

SI SU NIÑO TIENE DIFICULTAD EN HABLAR, ¿CUÁL ES SU MODO DE COMUNICACIÓN?

¿CUÁLES SON LAS ACTIVIDADES RECREATIVAS FAVORITAS DE SU HIJO?

¿CUÁLES SON LAS FORTALEZAS DE SU NIÑO?

¿QUÉ AYUDA A SU NIÑO A SER EXITOSO?

Socio-Cultural Survey

Special Education Services

HISTORIA EDUCACIONAL

ESCUELAS ANTERIORES A LAS QUE ASISTIÓ _____

GRADOS REPETIDOS _____

Verifique las fechas conocidas de los servicios educativos pasados o presentes

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> _____ EVALUACIONES PSICOLÓGICAS PREVIAS | <input type="checkbox"/> _____ CONSEJERÍA ESCOLAR |
| <input type="checkbox"/> _____ REFERENCIAS DEL OFICIAL DE ASISTENCIA | <input type="checkbox"/> _____ SUSPENSION(ES) EN LA ESCUELA |
| <input type="checkbox"/> _____ SUSPENSION(ES) FUERA DE LA ESCUELA | <input type="checkbox"/> _____ COLOCACIÓN EN EDUCACIÓN ESPECIAL (ESPECIFIQUE) |
| <input type="checkbox"/> _____ PROGRAMAS DE RECUPERACIÓN (ESPECIFIQUE) | |
| <input type="checkbox"/> _____ OTRO (POR EJEMPLO, TUTORIA PRIVADA) | |

LISTA DE AGENCIAS/CLÍNICAS QUE PROVEEN SERVICIOS A ESTE ESTUDIANTE

¿Ha faltado mucha escuela su niño? Sí No _____
SI AFIRMATIVO, ¿CUÁL ES LA RAZÓN?

Su niño es Diestro Zurdo Ambos No sé

HISTORIA MÉDICA DEL PASADO

¿Su niño ha estado en el hospital durante la noche? Sí No _____
SI AFIRMATIVO, DÉ LA FECHA

HOSPITAL

Por favor dé la razón por ser hospitalizado:

Marque los que su niño ha tenido:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Resfriados frecuentes | <input type="checkbox"/> Faringitis estreptocócica | <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática | <input type="checkbox"/> Fiebre alta detenida |
| <input type="checkbox"/> Meningitis/encefalitis | <input type="checkbox"/> Eccema/problemas de la piel | <input type="checkbox"/> Deshidratación | <input type="checkbox"/> Bronquitis |
| <input type="checkbox"/> Problemas de vejiga/riñones | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Infecciones de oído | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Problemas para comer/tragar |

Reacción alérgica _____
REACCIÓN ALÉRGICA

Otro/a _____
POR FAVOR EXPLIQUE

Socio-Cultural Survey

Special Education Services

Marque si su niño ha tenido alguno de los siguientes:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Quemadura grave | <input type="checkbox"/> Casi ahogamiento | <input type="checkbox"/> Envenenamiento | <input type="checkbox"/> Tubos en los oídos |
| <input type="checkbox"/> Reacción alérgica grave | <input type="checkbox"/> Huesos rotos | <input type="checkbox"/> Accidente de automóvil | <input type="checkbox"/> Cortes que requieren atención médica |
| <input type="checkbox"/> Tiempo en respirador artificial | <input type="checkbox"/> Tubo de alimentación | <input type="checkbox"/> Cirugía | |

Por favor explique los elementos marcados anteriormente:

Condiciones médicas/de salud actuales:

¿Está su niño en dieta especial? Sí No

SI AFIRMATIVO, POR FAVOR EXPLIQUE

¿Su niño tiene limitaciones de actividades? Sí No

SI AFIRMATIVO, POR FAVOR EXPLIQUE

¿Está su niño tomando algún medicamento al momento? Sí No

SI AFIRMATIVO, POR FAVOR ESCRÍBALO AQUÍ.

MÉDICOS ACTUALES DEL NIÑO

FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO

DENTISTA ACTUAL DEL NIÑO

FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN DENTAL

