

CUESTIONARIO DE PADRES - REEVALUACIÓN

Esta información es **CONFIDENCIAL** y será utilizada por el personal de BOCES y el personal escolar apropiado para la evaluación y la planificación educativa.

Si lo completa en un formato en línea , deberá guardarlo en su computadora antes de realizar cambios, completar preguntas, guardar nuevamente en su computadora y luego enviarlo por correo electrónico o fax a la persona designada.

FECHA DE HOY _____

NOMBRE LEGAL DEL NIÑO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DIRECCIÓN _____

ESCUELA _____ MAESTRO (S) _____

GRADO _____ SEXO (Marque uno) Masculino Femenino

NOMBRE DE LA PERSONA LLENANDO ESTA FORMA _____

SU RELACIÓN CON ESTE NIÑO _____

Información Personal de Padres _____

Nombre de la Madre _____ ¿Madrstra? No Sí

Idioma(s) hablados (primario(s)) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono celular _____ Teléfono del trabajo _____ Dirección de correo electrónico _____

Nombre del Padre _____ ¿Padraastro? No Sí

Idioma(s) hablados (primario(s)) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono celular _____ Teléfono del trabajo _____ Dirección de correo electrónico _____

Enumere a todas las personas que viven en el hogar (incluidos abuelos, tías, etc.) y otros hermanos que no están en el hogar:

Nombre	Edad	Relación con el estudiante	Escuela actual y grado, o grado más alto completado	Si es un hermano, ¿están en esta casa la mayor parte o todo el tiempo?		Idioma (s) hablado (s)
				Sí	No	
				Sí	No	
				Sí	No	
				Sí	No	
				Sí	No	

¿Qué le gusta hacer a su hijo para divertirse?

¿Qué no le gusta a su hijo?

¿Ha habido cambios importantes en los últimos 3 años? (Marque cualquiera que corresponda)

Marque

<input type="checkbox"/>	Cambio o pérdida de trabajo	<input type="checkbox"/>	Mudanza	<input type="checkbox"/>	Divorcio / separación	<input type="checkbox"/>	Cambio en la escuela del niño
<input type="checkbox"/>	Adiciones a la familia	<input type="checkbox"/>	Muertes	<input type="checkbox"/>	Problema de salud	<input type="checkbox"/>	Otra experiencia traumática

Por favor explique:

Su estudiante recibe cualquiera de los siguientes:

Marque

<input type="checkbox"/>	tutoría	<input type="checkbox"/>	Escuela de Verano	<input type="checkbox"/>	Consejería	<input type="checkbox"/>	Otros
--------------------------	---------	--------------------------	-------------------	--------------------------	------------	--------------------------	-------

Por favor, explique:

Marque otras agencias involucradas en la vida de su hijo.

Servicios Sociales:

Contacto: _____

Salud mental contentaría:

Contacto: _____

Servicios del Este de Colorado:

Contacto: _____

Hospital de Niños:

Contacto: _____

Otros:

Contacto: _____

INFORMACIÓN MÉDICA

¿Su hijo está cubierto por:

Medicaid Child Health Plan Plus (CHP +) Seguros Privados Sin seguro de salud

en el último año, describa la salud de su hijo: muy buena Buena Regular Mala

Explique: _____

¿Cuántos días de escuela ha perdido su hijo debido a una enfermedad en el año pasado?: _____

Contesta las siguientes preguntas basadas en la salud de su hijo de los últimos **3 años**.

Sí No

¿Su hijo recibe chequeos médicos de rutina, incluidos chequeos de niño sano?			¿Médico del niño?
¿Ve su hijo a otros médicos especialistas además de su médico de atención primaria?			Quien? ¿Por qué razón?
¿Ha tenido su hijo accidentes o lesiones importantes?			Explique:
¿Le han diagnosticado a su hijo algún problema médico? (Ejemplos: asma, diabetes, convulsiones, etc.)			Explique:
¿Le han diagnosticado a su hijo alguna condición psicológica? (Ejemplos: ansiedad, depresión, TDAH, etc.)			Explique
¿Ha tenido su hijo alguna enfermedad grave, hospitalización o cirugía? (Incluyendo conmoción cerebral)			Explique:
¿Le han diagnosticado problemas de audición a su hijo?			Explique:
¿Le han diagnosticado problemas de visión a su hijo?			Explique:
¿Le han diagnosticado problemas dentales a su hijo?			Explique:

¿su hijo toma algún medicamento?

Si no

Enumere y responda lo siguiente acerca de los medicamentos: ¿

medicación	Dosis	veces administradas?	¿Por qué prescrito?	¿Cuándo comenzó a tomarlo?	¿Mejora desde que toma?	¿Efectos secundarios notados?

Preocupaciones del habla y / o lenguaje

¿Tiene inquietudes acerca de su hijo? ¿del habla? NO SÍ

¿Su hijo adquirió lenguaje antes de los 3 años? NO SÍ

¿Qué tan bien entienden los demás a su hijo? _____

¿A menudo tiene que explicar a los demás lo que dice su hijo? ¿Si es así, cómo? _____

¿Usa su hijo oraciones que tienen sentido?	NO	SÍ
¿Responde su hijo a preguntas simples?	NO	SÍ
¿Su hijo hace contacto visual contigo y con los demás?	NO	SÍ
¿Le gusta a su hijo hacer reír a los miembros de la familia (hace caras tontas o ruidos)?	NO	SÍ

Si su hijo habla más de un lenguaje, que lenguaje(s) usa su hijo con la familia y amigos?

INFORMACIÓN SOCIAL

¿Alguna de estas conductas describe a su hijo? En caso afirmativo, verifique y describa si se le solicita.

Se niega a obedecer con frecuencia.

Carece de autocontrol.

Ríe o llora con las personas o situaciones cuando no es apropiado.

Requiere mucha atención de los padres o adultos.

A menudo es agresivo con los objetos o las personas.

Tiene berrinches excesivos. En caso afirmativo, describa _____

Es impulsivo, hace las cosas sin pensar

Siempre activo

Cuando está emocionado tiene dificultades para calmarse

No presta mucha atención de acuerdo a su edad

Tiene dificultad para comenzar una tarea o cambiando entre tareas

Tiene dificultad para detenerse cuando se le dice

Tiene dificultad para hacer la transición (es decir, vacaciones de verano a escuela, casa de compras, etc.)

En caso afirmativo, describa _____

Tiene dificultades para reconocer las emociones de otras personas (es decir, sonríe significa feliz)

Tiene hábitos particulares o inusuales que le preocupan

Parece tener acciones repetitivas

Es sensible a los sonidos, el gusto o ¿toque? En caso afirmativo, describa _____

No puede dejar de pensar / hablar sobre ciertos temas

Muestra miedo y ansiedad excesivos En caso afirmativo, describa _____

Parece infeliz la mayor parte del tiempo

Llora repentina o frecuentemente

Retiene afecto

¿Cómo se lleva su hijo con su hermano (s) y / o hermana (s)? _____

¿Cómo se lleva su hijo con los padres? profesores? otros adultos _____

¿Qué papel toma este niño en los juegos grupales o interacciones sociales (por ejemplo, pasivo, líder, seguidor, agresor, etc.)? _____

¿Su hijo participa en actividades fuera del entorno escolar? _____ Sí _____ No

(Indique las actividades) _____

¿Tiene alguna inquietud con respecto a la capacidad de su hijo para interactuar con otros y manejar sus emociones? _____

¿Cómo resuelve su hijo los problemas y maneja el estrés / conflicto en este momento? _____

Si su hijo tiene tarea, ¿qué temas traen a casa? _____

Cualquier comentario positivo o negativo relacionado con la educación de su hijo (educación especial o educación regular) _____

PLANIFICACIÓN ANTERIOR

(Complete si su hijo tiene 14 años o más)

¿Qué habilidades laborales tiene su hijo (llegar a tiempo, habilidades de las personas, amigable , completa el trabajo, organizado)? _____

¿Qué quiere hacer su hijo después de la escuela secundaria (trabajo / universidad / programa de capacitación)? _____

¿Tiene su hijo alguna experiencia laboral en el hogar o en la comunidad (incluyendo trabajo voluntario o en la iglesia)? _____

¿Dónde planea vivir su hijo después de la escuela secundaria (hogar / universidad / solo)? _____

Si su hijo tiene 16 años o más, ¿tiene él / ella una licencia de conducir o un plan para obtener una? Si no, ¿cuál es el plan de transporte? _____