



### CUESTIONARIO SOBRE EL IDIOMA QUE SE HABLA EN EL HOGAR ("Home Language Questionnaire, HLQ") – Spanish

*Estimado Padre/Madre o Guardián:  
Para poder ofrecer a su hijo(a) la mejor educación posible, necesitamos determinar cuán efectivamente él o ella entiende, habla, lee y escribe el idioma inglés. Su ayuda será apreciada si contesta estas preguntas.  
Gracias.*

PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL ESCOLAR (TO BE COMPLETED BY SCHOOL PERSONNEL)			
DISTRITO (District)	IMPRIMA O ESCRIBA CLARAMENTE (Please print or type Clearly)		
ESCUELA (School)	GRADO (Grade)		
NOMBRE DEL ESTUDIANTE (Student Name)			
FECHA DE NACIMIENTO (Date Of Birth)			
Mes: (Month)	Día: (Day)	Año: (Year)	
NUMERO DE IDENTIFICACION DEL ESTUDIANTE (Student Identification Number)			
PAIS NATAL O ASCENDENCIA (Country of Birth/Ancestry)			
NUMERO DE AÑOS MATRICULADO EN ESCUELA(S) FUERA DE LOS E.U. (Number of years enrolled in school outside the U.S.)			
NOMBRE/POSICIÓN DEL PERSONAL ESCOLAR LLENANDO ESTA SECCION (Name/Position School Personnel Completing This Section)			
DETERMINACIÓN: (Determination)		<input type="checkbox"/> Posiblemente LEP (Possibly LEP) <input type="checkbox"/> Dominante en Inglés (English Proficient)	

(✓ Marque las casillas que aplican)

- ¿Qué idioma(s) se habla en el hogar o residencia del estudiante?  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_  
(Especifique cuál)
- ¿En qué idioma(s) se le habla al estudiante la mayor parte del tiempo en el hogar o residencia?  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_  
(Especifique cuál)
- ¿Qué idioma(s) entiende el estudiante?  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_  
(Especifique cuál)
- ¿Qué idioma(s) habla el estudiante?  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_  
(Especifique cuál)
- ¿En qué idioma(s) lee el estudiante?  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_  No lee  
(Qué idioma)
- ¿En qué idioma(s) escribe el estudiante?  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_  No escribe  
(Qué idioma)
- ¿En su opinión, qué tan bien el estudiante entiende, habla, lee y escribe inglés?  

	Muy bien	Un poco	Nada
Entiende Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habla Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lee Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escribe Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Firma del Padre/Madre/Guardián/Otro  
(Signature of Parent/Guardian/Other)

Mes:  
(Month)  
Fecha  
(Date)

Día:  
(Day)

Año:  
(Year)