

Cuestionario para Padres/Alumno/a Nuevo/
a Página 2

Niños: Por favor complete la lista con los datos de sus hijos en el orden de nacimiento, comenzando con el mayor. Incluya el/la niño/a que inscribe en el orden que le corresponda.

Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento	Escuela	Grado	Adoptado/fecha
1					
2					
3					
4					
5					
6					

¿Hay niños en el hogar con asuntos especiales (p.ej., médicos, emocionales, disciplinarios, o relativos a los logros escolares)? En caso afirmativo, por favor explicar:

¿Hay otras personas que conviven en su hogar? En caso afirmativo, ¿quiénes y por cuánto tiempo? _____

Experiencia previa del niño/a en programas de Guardería y/o escuelas infantiles:

Lugar	Desde (Fecha)	Hasta (Fecha)

Idiomas aparte de inglés en los que se le habla al niño/a: _____

Mayor parte del tiempo Con frecuencia Ocasionalmente

¿Qué miembros de la familia conversan con el/la niño/niña en este idioma? _____

Las actividades e intereses especiales de su hijo/a son: _____

Las consideraciones domésticas especiales que podrían interferir con el funcionamiento escolar de su hijo/a incluyen: _____

Por favor describa las habilidades sociales de su hijo/a (capacidad para hacer amigos, llevarse bien con otros, etc.). _____

¿Cuál piensa usted que es la materia académica favorita de su hijo/a? _____
¿Cuál piensa usted que es la materia académica menos preferida por su hijo/a? _____

Por favor describa las actividades favoritas de tiempo libre de su hijo/a (leer, mirar televisión, jugar al aire libre, etc.) _____

Por favor describa cualquier asunto relativo a su hijo/a que podría interferir con su éxito escolar (académico, social, emocional, físico, doméstico, etc.) _____

Enumere las mudanzas realizadas en los últimos cinco años: _____

Por favor marque cualquiera de las opciones que sean un problema para el/la niño/a:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Huir | <input type="checkbox"/> Ansiedad general |
| <input type="checkbox"/> Mojar la cama | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Rabietas | <input type="checkbox"/> Dolores de estómago |
| <input type="checkbox"/> Morderse las uñas | <input type="checkbox"/> Miedos/Fobias |
| <input type="checkbox"/> Pesadillas | <input type="checkbox"/> Dependencia excesiva |
| <input type="checkbox"/> Resentimiento | <input type="checkbox"/> Sensibilidad excesiva |
| <input type="checkbox"/> Actitud «solitaria» | <input type="checkbox"/> Destructividad |
| <input type="checkbox"/> Actividad excesiva | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Autocrítico/a | |

Agregue toda la información o los comentarios que quiera en este formulario acerca de cualquiera de las condiciones que se mencionan arriba. Utilice el reverso si es necesario: _____

Hábitos de Sueño/Hora de dormir:

Se duerme en un tiempo razonable Sí No Si no, por favor explicar: _____

Se despierta durante la noche Sí No Es sonámbulo/a Sí No Habla dormido/a Sí No

Otras observaciones:

¿Su hijo/a tiene alguno de los siguientes hábitos?

- Mira televisión más de 3 horas al día Sí No
- Enciende la televisión a un volumen muy alto Sí No
- Dice «¿qué, qué?» todo el tiempo Sí No
- Se sienta demasiado cerca del televisor Sí No

Historial de la Familia Extendida (primos, tíos, tías, padres, etc.):

¿Algún miembro de la familia presenta alguna de las siguientes condiciones? En caso afirmativo, por favor explicar brevemente:

- Enfermedades extensas o defectos de nacimiento _____
- Dificultades musculares _____
- Trastornos convulsivos _____
- Pérdida de visión _____
- Pérdida de audición _____
- Problemas con el alcohol _____
- Trastornos nerviosos _____
- Dificultades de aprendizaje _____
- Problemas con la lectura _____
- Problemas con las matemáticas _____
- Problemas con el habla (deficiencias) _____
- Retención _____

¿Su hijo/a fue evaluado/a en algún otro lugar? Sí No

En caso afirmativo, ¿por qué y dónde? _____

¿Podemos contactarnos con ellos? Sí No

Si hay algo más que quisiera mencionar acerca de su hijo/a, por favor siéntase en la libertad de comentarlo:

