

Nombre del Distrito:

Nombre del Estudiante:	Fecha:
identificación del Estudiante:	Fecha de Nacimiento:
Escuela:	Grado:
Nombre de Padres o Tutores:	Idioma principal que se habla en casa:

I. Información de Contacto

<p>Contacto Principal</p> <p>Nombre:</p> <p>Relación:</p> <p># de teléfono:</p> <p>Email:</p>	<p>Contacto Adicional</p> <p>Nombre:</p> <p>Relación:</p> <p># de teléfono:</p> <p>Email:</p>
<p>Contacto Adicional</p> <p>Nombre:</p> <p>Relación:</p> <p># de teléfono:</p> <p>Email:</p>	<p>Contacto Adicional</p> <p>Nombre:</p> <p>Relación:</p> <p># de teléfono:</p> <p>Email:</p>

¿Con quien vive el estudiante?

¿Quién tiene autoridad legal para tomar decisiones educativas para este niño?

Otros Niños en la Casa

Nombre	Edad	Relación

Otros Adultos en la Casa

Nombre	Relación

II. Historia de la Familia:

	Yes	No
¿Alguien en la familia ha tenido dificultades con las matemáticas, la lectura o la escritura? Si es así, ¿cómo se relacionaba la persona con el niño y cuál era la dificultad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Alguna vez alguien en su familia ha sido diagnosticado con problemas de aprendizaje? Si es así, ¿cuál es el diagnóstico y cuál es la relación con su hijo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Alguien de la familia ha sido diagnosticado alguna vez con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad? Si es así, ¿cómo se relacionaba la persona con el niño?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Ha habido cambios importantes en la familia durante los últimos tres años (por ejemplo, cambios de trabajo, mudanzas, divorcios o separaciones, nacimientos, muertes, enfermedades, etc.)? En caso afirmativo, describa:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

III. El estudiante en Casa:

¿Qué hace su hijo cuando no está en la escuela? (Por favor enumere las actividades interiores y exteriores comunes del estudiante)

¿Cómo interactúa su hijo con sus amigos?

¿Es más o menos sociable que el típico niño de su misma edad?

Describe el comportamiento de su hijo en casa (por ejemplo, ¿se porta bien en general? ¿Se lleva bien con familiares, vecinos o compañeros?)

¿Cuáles son algunas de las fortalezas de su hijo?

IV. Historial médico y de desarrollo:

los informes, las cartas y los diagnósticos del médico pueden ayudar al comité de la Sección 504 a tener una imagen más completa de su hijo. Si es necesario, el distrito o la escuela pueden solicitarle su consentimiento por escrito para obtener información directamente de su proveedor de atención médica. Describa cualquier problema asociado con el nacimiento de su hijo:

En comparación con otros niños de la familia, el desarrollo del niño fue:

Mas lento

Mas o menos igual

más rápido

	Yes	No
¿Están sus hijos actualmente bajo el cuidado de un proveedor de atención médica por un problema médico? Si es así, ¿describe el problema?		
¿Está su hijo tomando actualmente algún medicamento (ya sea recetado o sin receta)		

Nombre de Medicamento	Proveedor de atención medica prescrita	¿Cuánto tiempo lleva tomándolo su hijo(a)?	Dosis/ Frecuencia	Efectos Secundarios

¿Su hijo tiene asma? Si es así, ¿cómo se trata?

¿Tu hijo tiene alergias? En caso afirmativo, ¿a qué?

¿Con qué frecuencia son las reacciones?

¿Cuáles son los síntomas de la reacción?

¿Como se tratan las reacciones?

¿Cuándo fue la última reacción?

	Yes	No	N/A
¿Alguna vez su hijo ha tenido una enfermedad crítica o crónica? En caso afirmativo explica.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Alguna vez su hijo ha tenido una enfermedad crítica o crónica? En caso afirmativo explicar. ¿Su hijo tiene una afección o enfermedad con síntomas que a veces son más graves que otras? Si es así, ¿cómo se llama la condición o enfermedad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cuándo y con qué frecuencia la condición o enfermedad es un problema para su hijo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. ¿Cómo afecta la afección o enfermedad a su hijo cuando los síntomas son más graves (hay cosas que él/ella no puede hacer o son más difíciles debido a la afección o enfermedad)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Se ha recuperado su hijo de una afección o enfermedad grave (como el cáncer)? Si es así, ¿cuál fue la condición o enfermedad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Cuándo sufrió su hijo esta condición o enfermedad? ¿Cómo afectó la afección o enfermedad a su hijo cuando los síntomas eran más graves?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Es probable que esta condición o enfermedad regrese?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Su hijo ha repetido algún grado? Si es así, ¿qué grado(s)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Alguna vez le han diagnosticado a su hijo una discapacidad de aprendizaje? Si es así, ¿de qué tipo y cuándo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Alguna vez su hijo mencionó problemas en las escuelas? Si es así, ¿qué?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
¿Su hijo alguna vez ha experimentado una convulsión? En caso afirmativo: ¿Con qué frecuencia ocurren las convulsiones? ¿Cuál es/fue la duración de las convulsiones? ¿Qué ayuda se necesita si su hijo sufre una convulsión?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¿Su hijo alguna vez ha experimentado una convulsión? En caso afirmativo: ¿Con qué frecuencia ocurren las convulsiones? ¿Cuál es/fue la duración de las convulsiones? ¿Qué ayuda se necesita si su hijo sufre una convulsión?	○	○	○
--	---	---	---

V. Lista de Comportamiento

Por favor califique en qué medida su hijo exhibe las siguientes características:

: N - Nunca; AV- A Veces; F – frecuentemente; CS- Casi Siempre

	N	AV	F	CS
¿Muestra buena habilidad verbal? (buen conversador, narrador, etc.)				
¿Entiende las cosas que le leen o le cuentan?				
¿Le pide que repita palabras u oraciones?				
¿Muestra malas habilidades de lectura?				
¿No entiende lo que lee?				
¿Tiene mala ortografía?				
¿Tiene problemas con las matemáticas?				
¿Tiene dificultades para completar tareas?				
¿Tiene mala memoria?				
¿Tiene malas habilidades de escritura?				
¿Muestra malas habilidades de organización?				
¿Sueños despiertos?				
¿Tiene poca capacidad de atención?				
¿Actúa impulsivamente?				
¿Se considera hiperactivo?				

¿Tiene problemas para seguir instrucciones?				
¿Actúa de manera inmadura?				
¿No se lleva bien con sus compañeros?				
¿Se opone a los padres/otros adultos?				
¿No considera las consecuencias del comportamiento?				
¿Muestra mal humor o enojo?				
¿Parece hipersensible? (Los sentimientos se lastiman fácilmente)				
¿Se molesta cuando se cambia la rutina?				
¿Parece sensible a los sentimientos de los demás?				
¿Dice que no le gusta la escuela?				

Si su hijo es elegible según la Sección 504, ¿qué servicios o adaptaciones cree que son necesarios para que su hijo pueda participar y beneficiarse de la escuela?