

# Cuestionario/Entrevista para los padres (Forma B)

## Escuelas del Condado de Fulton

Pág. 1/4

Fecha en que fue finalizado el cuestionario \_\_\_\_\_

### **A.- DATOS PERSONALES**

- 1.- Nombre del estudiante \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_
- 2.- Nombre de los padres \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfonos: (casa) \_\_\_\_\_ (trabajo) \_\_\_\_\_
- 3.- Nombre de la escuela \_\_\_\_\_

### **B.- INFORMACION GENERAL**

- 4.- Describa las características positivas de su hijo(a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 5.- ¿Cuál es su preocupación actual acerca de su hijo(a) (su habla, lenguaje, área pre-académica/académica, conducta/desarrollo emocional etc)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **C.- INFORMACIÓN FAMILIAR**

- 6.- ¿Vive el niño(a) con ambos padres? \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ NO
- 7.- Los padres están: Casados \_\_\_\_ Divorciados \_\_\_\_ Separados \_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

8.- Haga una lista de todos los adultos y niños que viven en la casa

Nombre	edad	Relación	Ocupación ó grado que cursa
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

9.- Nombre del padre \_\_\_\_\_ Nombre de la madre \_\_\_\_\_

- 10.- ¿Vive el estudiante en una casa de cuidados “foster home”? \_\_\_\_SI \_\_\_\_NO
- 11.- ¿Es su niño(a) adoptado? \_\_\_\_SI \_\_\_\_NO  
 Si la respuesta es afirmativa, ¿lo sabe su niño(a)?\_\_\_\_ ¿A qué edad fue adoptado? \_\_\_\_
- 12.- Mencione otras personas importantes en la vida del niño(a) (familiares, amigos, persona que lo cuida, tutor, “Big Brother/Big Sister”, etc.) \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- 13.- ¿Ha habido algún evento familiar recientemente ó en los últimos dos años que pueda haber afectado al niño(a) actualmente? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**C.- SALUD Y DESARROLLO**

- 14.- ¿Hubo alguna complicación durante el embarazo, nacimiento y/o después del nacimiento? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
- 15.- Por favor indique a qué edad el niño(a):  
 \_\_\_\_ Caminó \_\_\_\_ Dijo sus primeras palabras \_\_\_\_ Fue al baño por si mismo  
 \_\_\_\_ Construyó oraciones simples (dé un ejemplo) \_\_\_\_\_
- 16.- ¿Ha sido su niño(a) evaluado por alguno de los siguientes profesionales?

	Razón	Inicio/evaluación	Final /evaluación
__ Consejero	_____	_____	_____
__ Terapeuta	_____	_____	_____
__ Trabajador Social	_____	_____	_____
__ Psicólogo	_____	_____	_____
__ Psiquiatra	_____	_____	_____

- 17.- Historia médica del estudiante. Por favor marque todas aquellas que sean necesarias  
 \_\_\_\_ Infecciones frecuentes del oído \_\_\_\_ Tubos en el oído \_\_\_\_ Problemas de audición  
 \_\_\_\_ Asma \_\_\_\_ Alergias \_\_\_\_ Problemas de la vista \_\_\_\_ Convulsiones \_\_\_\_ Contusiones  
 \_\_\_\_ Perdida de la conciencia \_\_\_\_ Hospitalizaciones/cirugias

Explique con detalle cualquier categoría(s) seleccionada(s) en la parte de arriba

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- 18.- Enumere todos los problemas médicos y tratamientos del estudiante \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

19.- ¿Toma el estudiante medicamentos actualmente?  
\_\_\_ SI Indique el nombre del medicamento y la dosis \_\_\_\_\_  
\_\_\_ NO

20.- Existe alguna historia médica familiar que sea significativa (Problemas del corazón, diabetes problemas psiquiátricos, problemas de desarrollo, consumo de drogas/alcohol etc) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

21.- Comportamiento: ¿Tiene su niño(a) alguno de los siguientes síntomas más frecuentemente, si se le compara con otros niños de su misma edad?.

\_\_\_ pesadillas \_\_\_ cambios de humor repentinos \_\_\_ cansancio \_\_\_ berrinches  
\_\_\_ muy activo \_\_\_ conducta de alejamiento \_\_\_ tímido/pasivo \_\_\_ muy agresivo  
\_\_\_ poca relación con los niños de su misma edad \_\_\_ deseoso de complacer

Frecuentemente sus amigos son: \_\_\_ mayores \_\_\_ menores \_\_\_ de su misma edad

**E.- HISTORIA EDUCATIVA**

22.- Su niño(a) ha asistido a:	Tiempo/número de años
___ Guarderías	_____
___ Pre kinder / Jardín de la infancia	_____
___ Kindergarten	_____

23.- ¿Ha tenido su niño(a) problemas para dejar la casa e ir a la escuela? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

24.- ¿Disfruta él/ella de ir a la escuela y siente que tiene éxito ahí? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor explique cualquier dificultad \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

25.- ¿Recibe su niño(a) actualmente algún servicio especial? Por favor indique por cuanto tiempo ha estado recibiendo dichos servicios.

<b>Servicio</b>	<b>Tiempo</b>
___ Recuperación en lectura /matemáticas	_____
___ ESOL	_____
___ Otros (Por favor explique)	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

26.- ¿Recibe su niño(a) actualmente algún servicio de Educación Especial? Por favor indique por cuanto tiempo ha estado recibiendo dichos servicios.

<b>Servicio</b>	<b>Tiempo</b>
___ Terapia de lenguaje	_____
___ Terapia ocupacional	_____
___ Fisio-terapia	_____

27.- ¿Recibe su niño algún servicio privado relacionado con su educación? Por favor menciónelos e indique por cuánto tiempo los ha recibido.

<b>Tipo de servicio</b>	<b>Tiempo</b>
_____	_____
_____	_____

28.- Ha estado alguna vez su niño(a) envuelto en problemas con la ley o autoridades juveniles?  
\_\_\_SI \_\_\_NO

Si su respuesta es afirmativa, explique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

29.- Indique a cuantas escuelas ha asistido su niño(a) comenzando por kindergarten.

\_\_\_\_\_

30- Número de días que faltó a la escuela este año \_\_\_\_\_ El año pasado \_\_\_\_\_  
Número de días que fue suspendido este año \_\_\_\_\_ El año pasado \_\_\_\_\_

31.- ¿Qué comentarios ha hecho su niño(a) en relación con los problemas que él / ella ha tenido en la escuela? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

32.- ¿Hay alguna otra información que el personal de la escuela deba saber con el fin de ayudar a su niño(a)? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / persona entrevistada

\_\_\_\_\_  
Relación con el estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del entrevistador

\_\_\_\_\_  
Posición / Cargo

\_\_\_\_\_  
Fecha