DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE SAN FRANCISCO

Equipo de Trabajo para el Éxito del Estudiante

Historia del desarrollo del estudiante y su familia /Estudio del hogar (4.0)

_____ _____ _____ _____ _____

Nombre del Estudiante | Fecha de nacimiento (mes/día/año) | Grado | Escuela | Fecha de la entrevista

_____

Persona entrevistada /Tipo de relación

Miembros de las personas viviendo en el hogar con su hijo(a)

Nombre	Relación	Edad	¿Está en la escuela?, ¿En qué escuela?

Personas importantes y familia que no viven con el estudiante

Nombre	Relación	Edad	¿Está en la escuela?, ¿En qué escuela?

Historia del desarrollo

Meses del embarazo _____ Edad de la madre cuando nació el niño(a)_____ peso del niño(a) al nacer_____
Lugar de nacimiento del niño(a) _____Tipo de nacimiento (normal, cesárea, etc.) _____
Salud de la madre antes/después _____
¿Complicaciones inusuales o circunstancias antes /durante /después del parto? _____
_____
Salud del bebé (primeros meses) _____
Comenzó a caminar a la edad de _____ Habló las primeras palabras a la edad de _____
¿Notó su familia algo especial o diferente en el desarrollo y crecimiento del niño(a)? _____
_____

Salud Física

Fecha del ultimo examen físico_____ *Nombre del doctor y lugar _____
¿Notó algún problema el doctor? ¿Le dio alguna recomendación? _____
Fecha del ultimo examen de la vista _____ Resultados _____
¿Problemas de visión? (Ej. No paso la prueba de la vista, perdió los anteojos) _____
Fecha del último examen del oído _____ Resultados _____
¿Problemas con el oído? (Ej. Infecciones del oído, tubos en los oídos) _____
¿Algún problema o preocupación continua? _____
_____
¿Está su hijo(a) tomando medicamento? (Prescripción, sobre el mostrador, o tradicional) _____
_____
¿Accidentes? ¿Alguna enfermedad continua de gravedad? ¿Hospitalización? _____
_____
¿Alguna discapacidad física actual o en el pasado? _____
¿Historia de problemas neurológicos? (Ej. ataques, pérdida de conocimiento) _____
¿Problemas relacionados con comidas o sueño? _____
¿Problemas relacionados con ir al baño? (Ej. Se moja en la cama. Etc.) _____

Translation provided by SFUSD Translation Office

Salud emocional

¿Tiene la familia preocupaciones por la salud emocional o comportamiento de su hijo(a)? _____

_____

Describa cómo es que alguna experiencia en la vida del niño(a), pasada o presente, le ha afectado a él/ella: ___

_____

¿Algún tipo de problema o diagnosis previo de salud mental? _____

¿Algún tipo de consejería o terapia actual o en el pasado? _____

* Nombre del terapeuta y proveedor de salud mental _____ Lugar__ _____

Desarrollo del lenguaje y habla

Comprende y se comunica: bien_____ adecuadamente_____ con dificultad_____

¿Usted o otras personas tienen problemas en comprender cuando su niño(a) habla?

_____

¿Otros impedimentos del habla? (Tartamudeo, habla limitada) _____

De detalles (¿A qué edad comenzó a tener problemas? etc.) _____

_____

Desarrollo Motor (movimiento)

Dificultad con movimientos grandes (caminando, corriendo, etc.) _____

Dificultad con movimientos pequeños (escribiendo, amarrándose los zapatos, etc.) _____

¿Han notado cualquier problema? (torpeza, atraso al caminar, etc.) _____

Desarrollo Social y Interacciones Sociales

Tiene muchos amigos ____ tiene algunos amigos _____ casi no tiene amigos _____ está aislado(a)____

Actividades en la escula_____

Actividades después de la escuela (Ej. Grupos religiosos, organizaciones comunitarias, etc.) _____

_____

¿Es su hijo(a) capaz de bañarse solo(a)? ____ ¿Puede vestirse solo(a)? ____ ¿Puede comer solo(a)? _____

¿Necesita ayuda su niño(a) con estas actividades? ¿Quién provee estos cuidados en casa? _____

¿Ayuda su niño(a) con los quehaceres de la casa? _____

¿Que tan bien o mal el niño(a) se lleva con otros miembros del hogar? _____

_____

¿Con qué sistema(s) de apoyo cuenta la familia? (Ej. Miembros de la familia, vecinos, amigos) _____

_____

¿Hay alguna persona cercana al niño(a) con problemas físicos o emocionales? _____

_____

Asuntos culturales y del idioma

Idioma(s) hablado en casa_____ Idioma que el estudiante prefiere_____

¿Cuánto tiempo tiene el niño(a)/la familia de vivir en San Francisco en el área de la Bahía? _____

¿Lugar(s) donde vivía antes el/la niño(a)/la familia? _____

¿Existe algún tipo de actividad religiosa o cultural en al vida de su hijo(a) la cual le afecte a él/ella en la escuela, tales como restricciones de algún tipo de actividades? _____

Otras cosas de interés

¿Cuáles son las habilidades de su hijo(a)? ¿Qué es lo que más le gusta de su hijo(a)? _____

_____

¿Cuál cree usted que es la razón por la cual su hijo está teniendo problemas en la escuela? _____

_____

Por favor denos cualquier información la cual le ayudará al personal docente de la escuela a tener un mejor entendimiento de su hijo: _____

_____

_____	_____	_____
Firma del padre/encargado	**Firma del entrevistador**	**Nombre/título del entrevistador**

* NOTA: Si el proveedor de salud mental nos pudiese dar información para ayudar a su hijo(a) en la escuela, por favor provéanos con su consentimiento firmado para que su proveedor comparta la información.

Translation provided by SFUSD Translation Office