

Salud emocional

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

Describe 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 diagnóstico 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 escuela _____

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 la 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.