

Preselección para Elegibilidad Cuestionario/Entrevista con el Padre/Madre/Guardián



Office of Special Education and Student Services
Department of Special Education Services
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20850

MCPS Form 336-22
Febrero 2016
Página 1 de 3

PARTE I—INFORMACIÓN

Nombre del Estudiante _____ <small style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;">ApellidoPrimer NombreInicial</small>	No. de Estudiante _____
Padre/Madre/Guardián _____	Teléfono de Casa ____-____-____
Domicilio _____	Teléfono del Trabajo ____-____-____
Escuela Actual _____ Escuela Local _____	Fecha de Nacimiento ____/____/____
Maestro/a / Maestro del Aula de Base _____	Edad Cronológica _____
Formulario Completado por _____ <small style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;">NombreCargoFecha</small>	Grado (año/mes) _____
	Idioma Principal _____

PARTE II—DATOS DE LA FAMILIA

PARENTESCO	EDAD	EDUCACIÓN	OCUPACIÓN (SI CORRESPONDE)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Tiene usted alguna preocupación seria sobre de su hijo/a? Sí No Si la respuesta es sí, por favor explique:

¿Ha experimentado algún otro miembro de la familia problemas relacionados con la escuela? Sí No Si la respuesta es sí, por favor explique:

¿Experimentó la madre algún problema de salud durante el embarazo? Sí No Si la respuesta es sí, por favor explique:

Peso al Nacer: _____ Libras _____ Onzas Puntuación de Apgar: _____ Al minuto _____ A los cinco minutos

¿Ocurrió alguna de estas cosas durante el proceso de parto?

- Parto prematuro Transfusión Cesaria Parto de nalgas Parto prolongado Problema de oxígeno
 Incompatibilidad sanguínea (Factor RH) Sufrimiento fetal

Otros problemas y/o preocupaciones del nacimiento:

¿Tuvo su hijo/a alguna dificultad para aprender a comer, dormir, sentarse, caminar, o hablar? Sí No Si la respuesta es sí, por favor explique:

¿Ha experimentado el niño/a algún suceso traumático, como por ejemplo fallecimiento de un pariente cercano, divorcio, crisis familiar? Sí No Si la respuesta es sí, por favor explique:

PARTE III—HISTORIAL MÉDICO

- Defecto físico Resfríos frecuentes Alergias Problemas del habla Problemas visuales Dolores de garganta frecuentes
 Asma Problemas de nutrición Problemas de los oídos Dolores de cabeza Epilepsia Accidentes o lesiones graves
 Operaciones Enfermedad coronaria Diabetes Fiebre de más de 104° F Otro _____

Describa cualquiera de los problemas que indicó arriba:

¿Ha estado hospitalizado/a alguna vez el niño/a? Sí No ¿Cuánto Tiempo? _____ Edad en ese entonces _____

Razón:

¿Está el niño/a en tratamiento o toma medicamentos actualmente? Sí No Si la respuesta es sí, por favor explique:

¿Cómo calificaría usted el estado general de salud del niño/a? Excelente Bueno Regular Malo

PARTE IV—CARACTERÍSTICAS SOCIALES/CONDUCTUALES

Por favor marque cualquiera de los siguientes comportamientos que describan al niño/a:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Flexible | <input type="checkbox"/> Creativo/a | <input type="checkbox"/> Le falta autocontrol |
| <input type="checkbox"/> Extrovertido/a | <input type="checkbox"/> Enuresis nocturna (moja la cama) | <input type="checkbox"/> Frecuentes cambios súbitos de estado de ánimo |
| <input type="checkbox"/> Corto período de atención constante | <input type="checkbox"/> Se chupa el dedo | <input type="checkbox"/> Excesiva inconsistencia de comportamiento |
| <input type="checkbox"/> Sueña despierto/a | <input type="checkbox"/> Se muerde las uñas | <input type="checkbox"/> Necesita de constante aprobación o apoyo |
| <input type="checkbox"/> Cooperativo/a | <input type="checkbox"/> Mecánico/a | <input type="checkbox"/> Atípicamente agresivo/a hacia otros |
| <input type="checkbox"/> Tiene pesadillas | <input type="checkbox"/> Superactivo/a | <input type="checkbox"/> Atípicamente tímido/a o reservado/a |
| <input type="checkbox"/> Tiene rabietas | <input type="checkbox"/> Atlético/a | <input type="checkbox"/> Tiene dificultades para completar tareas y actividades |
| <input type="checkbox"/> Tiene miedos irrazonables | <input type="checkbox"/> Musical | <input type="checkbox"/> Tiene dificultades con los cambios de rutina |
| <input type="checkbox"/> Capta ideas rápidamente | <input type="checkbox"/> Se mece | <input type="checkbox"/> Tiene dificultades de organización |
| <input type="checkbox"/> Fantasea | <input type="checkbox"/> Poco activo/a | <input type="checkbox"/> Evita leer |
| <input type="checkbox"/> Artístico/a | <input type="checkbox"/> Seguro de mismo/a | <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para decir la hora |
| <input type="checkbox"/> Miente con frecuencia | <input type="checkbox"/> Disfruta de la lectura | |
| <input type="checkbox"/> Evita las tareas escolares | <input type="checkbox"/> Llega tarde con frecuencia | |
| <input type="checkbox"/> Poco cooperativo/a | <input type="checkbox"/> Parece no entender preguntas o instrucciones | |
| <input type="checkbox"/> Habla solo/a con frecuencia | <input type="checkbox"/> Tiene dificultades para hacer y mantener amistades | |
| <input type="checkbox"/> Camina dormido/a | <input type="checkbox"/> Tiene dificultades usando números | |
| <input type="checkbox"/> Le falta motivación | | |

Comente sobre cualquier otro comportamiento que le preocupe en particular:

¿Ha tenido su hijo/a alguna evaluación de la cual la escuela no tenga conocimiento?

- Educativa Psicológica Médica Otra _____

Explique (qué, cuándo, quién la hizo)

¿Qué intereses tiene su hijo/a?

¿Qué cosas hace bien su hijo/a?

¿Qué es lo que más le gusta de su hijo/a?

¿Cómo piensa usted que la escuela puede ayudar a su hijo/a?

¿Tiene alguna otra información que usted siente que podrá ayudarnos a entender mejor a su hijo/a?

Información obtenida de:

Entiendo que esta información se utilizará para ayudar a determinar si mi hijo/a tiene una discapacidad educativa. Este material se mantendrá en el archivo confidencial de mi hijo/a.

Firma, Entrevistador/a

Fecha

Firma, Padre/Madre/Guardián

Fecha