

**MONROE #1 BOCES**  
**CUESTIONARIO DE LA REEVALUACIÓN DEL HISTORIAL SOCIAL**  
**CONFIDENCIAL**

**Instrucciones:** En lo mejor de su capacidad, favor de responder todas las preguntas. Si usted no entiende una de las preguntas, favor de llamar al Departamento de Salud Mental al 383-2261

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Sexo: M\_\_\_\_ F\_\_\_\_

Escuela Actual: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Lengua Materna: \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_

Persona que está contestando las preguntas

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

Nombre: \_\_\_\_\_

Núm. de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_

Familia

Nombre del padre/madre/encargado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Núm. de Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Núm. de Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Lengua materna/otros idiomas que hablan: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

¿Tiene este niño/a otros padres/padrastros/madrastras? No\_\_\_\_ Si\_\_\_\_

Si tiene otros padres, proporcione la siguiente información:

Nombre: \_\_\_\_\_

Madre\_\_\_\_ Madrastra\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Núm. de Tel. del hogar: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Núm. de Tel. del Trabajo: \_\_\_\_\_

Lengua materna/otros idiomas que habla: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Padre\_\_\_\_ Padrastro\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Núm. de Tel. del hogar: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Núm. de Tel. del Trabajo: \_\_\_\_\_

Lengua materna/otros idiomas que habla: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Persona que cuida al niño/a

¿Con quien vive el estudiante? \_\_\_\_\_

¿Desde cuándo está viviendo con esta persona? \_\_\_\_\_

Favor de proporcionar la siguiente información acerca de la persona que cuida al niño/a, (si no la proporcionó previamente).

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el niño/a: \_\_\_\_\_

Agencia (si se aplica): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Núm.de Teléfono del Hogar: \_\_\_\_\_

Núm. de Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

### Cuidado del Niño/a

¿Si la persona que cuida al niño/a trabaja fuera del hogar, quien cuida al estudiante cuando la persona está trabajando? \_\_\_\_\_

### Hermanos/Hermanas

Favor escriba los nombres de los hermanos y hermanas y cualquier otra persona que viva con la familia: \_\_\_\_\_

*Nombre	*Edad	*Sexo	*Relación con el estudiante	*Vive en el hogar

¿Cómo se lleva el estudiante con los hermanos o hermanas? \_\_\_\_\_

### Relación en Familia

¿Qué es lo que más le gusta de este estudiante? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué es lo que más le preocupa acerca de este estudiante? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Recreaciones/Intereses

Qué actividades le gustan a este estudiante...

¿En el hogar? \_\_\_\_\_

¿En la escuela? \_\_\_\_\_

¿En la comunidad? \_\_\_\_\_

### Amistades

Favor de indicar cómo este niño/a se relaciona con los otros niños- Marque un círculo

Se relaciona bien con otros niños Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_

Pelea con frecuencia con los compañeros Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_

Hace amigos fácilmente Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_

Prefiere jugar solo Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_

¿Comentarios?: \_\_\_\_\_

Conducta/Temperamento

Cuando juega se sobre estimula	Sí____	No__
Se puede controlar	Sí____	No__
Se distrae fácilmente	Sí____	No__
Parece tener mucha energía	Sí____	No__
Afronta los problemas con calma	Sí____	No__
Parece estar feliz la mayor parte del tiempo	Sí____	No__
Se siente incómodo conociendo nuevas personas	Sí____	No__
Es afectivo	Sí____	No__
Necesita mucha atención de los padres	Sí____	No__
Cuando está enojado se puede calmar por sí mismo	Sí____	No__
Tiene miedos	Sí____	No__

Si tiene miedos, favor de describirlos: \_\_\_\_\_

¿Tiene usted preocupaciones respecto a la conducta o emociones de este estudiante? \_\_\_\_\_

Desarrollo del Estudiante

¿Tuvo problemas durante el embarazo o el parto? Sí\_\_\_\_ No\_\_

Si tuvo problemas, descríbalos: \_\_\_\_\_

¿Está entrenado este estudiante para usar el servicio sanitario?

Hogar- \_\_\_\_\_ Defecar \_\_\_\_\_ Orinar \_\_\_\_\_ Todavía no \_\_\_\_\_

Escuela- \_\_\_\_\_ Defecar \_\_\_\_\_ Orinar \_\_\_\_\_ Todavía no \_\_\_\_\_

¿Hay preocupaciones respecto a su alimentación? (ej., dieta, desorden alimenticio, etc.?)

Sí\_\_\_\_ No\_\_ \_\_\_\_\_

¿Tiene dificultades para dormir? (ej., se orina en la cama, tiene pesadillas, no puede dormir)

Si\_\_\_\_ No\_\_ \_\_\_\_\_

Profesionales que proporcionan servicios fuera de la escuela

Información correspondiente, si se aplica:

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección/Agencia \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

Médico de Cabecera- \_\_\_\_\_

Terapeuta- \_\_\_\_\_

Psiquiatra- \_\_\_\_\_

Encargado del Caso- \_\_\_\_\_

Coordinador de Servicios- \_\_\_\_\_

Especialista (ej., pediatra especializado en el desarrollo, especialista de la conducta, etc.)

Tipo de seguro médico: \_\_\_\_\_

¿Está este estudiante recibiendo un tratamiento médico? Sí\_\_\_ No\_\_\_

Si lo está, descríballo:\_\_\_\_\_

¿Durante estos tres últimos años ha tenido este estudiante pérdidas o cambios? (ej., muertes, separaciones, divorcio, enfermedades, mudanzas, etc.) Sí\_\_\_ No\_\_\_

Comentarios:\_\_\_\_\_

¿Está usted preocupado/a que este estudiante esté participando en lo siguiente.

Fumar cigarrillos Sí\_\_\_ No\_\_\_ Masticar tabaco Sí\_\_\_ No\_\_\_

Inhalar sustancias tóxicas Si\_\_\_ No\_\_\_ Tomar cerveza, vino, licor Sí\_\_\_ No\_\_\_

Usar drogas ilegales (ej., marihuana, cocaína) Sí\_\_\_ No\_\_\_

¿Está usted preocupado/a que los amigos de este estudiante estén participando en lo siguiente.

Fumar cigarrillos Sí\_\_\_ No\_\_\_ Masticar tabaco Sí\_\_\_ No\_\_\_

Inhalar sustancias tóxicas Si\_\_\_ No\_\_\_ Tomar cerveza, vino, licor Sí\_\_\_ No\_\_\_

Usar drogas ilegales (ej., marihuana, cocaína) Sí\_\_\_ No\_\_\_

#### Area Académica

Escuela a las que asistió previamente el estudiante	Grados	Clase Especial

Favor de describir la experiencia que ha tenido este estudiante en la escuela.

Le gusta la escuela Sí\_\_\_ No\_\_\_

Tiene dificultad con la lectura Sí\_\_\_ No\_\_\_

Tiene buena notas Sí\_\_\_ No\_\_\_

Está ausente con frecuencia Sí\_\_\_ No\_\_\_

Tiene dificultad en matemáticas Sí\_\_\_ No\_\_\_

Le gusta afrontar situaciones académicas desafiantes Sí\_\_\_ No\_\_\_

Ha repetido de grado Sí\_\_\_ No\_\_\_

Tiene miedo de ir a la escuela Sí\_\_\_ No\_\_\_

Participa en actividades extracurriculares, clubes o proyectos especiales Sí\_\_\_ No\_\_\_

¿Si este estudiante tiene 14 años o es mayor, que tipo, (si tiene alguno) de planes/metastiene para el futuro?\_\_\_\_\_

Que metas le gustaría que obtenga este estudiante (ej., tipo de diploma, etc.)\_\_\_\_\_

¿Está usted satisfecho/a con la clase en la que está asistiendo académicamente? Sí\_\_\_ No\_\_\_

Favor de escribir si usted tiene más comentarios:\_\_\_\_\_