

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/metras
tiene 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:_____