



CUESTIONARIO PARA PADRES: Salud Infantil

| | | | | | |
|---|------------------|---------------------------------|------------------------------------|---------------|----------------------|
| Nombre del/a Niño/a (Apellido, Nombre) : | | Fecha de Nacimiento: | Edad: | Sexo : M F | Fecha de Hoy: |
| Domicilio: | | Ciudad: | Estado: | C. Postal: | Teléfono: |
| Raza (circule) : | 8=No sabe | 3=Blanca | 5=Indio Americano/Nativo de Alaska | | |
| | 2=Afro-Americano | 4=Asiático o Islas del Pacífico | 6=Otro, especifique: _____ | | |
| Su hijo/a es también Hispano o Latino (circule) : Si No | | Doctor del/a Niño/a: | | | Teléfono del Doctor: |
| Nombre de la persona que llena la forma: | | | Parentesco con el/a niño/a: | | Teléfono: |

PREOCUPACIÓN MAYOR:

| | | |
|---|---|--|
| 1. ¿Quién sugirió que a este/a niño/a lo revisara un doctor, escuela o problemas de comportamiento? | | |
| 2. ¿Qué preocupaciones tiene sobre su hijo/a? a. b. c. | | |
| 3. ¿Hace cuánto ha estado preocupado por el comportamiento del /a niño/a? | 4. Por favor circule UNA: ¿Las preocupaciones de arriba son leves, moderadas o severas ? | 5. Por favor circule UNA: ¿Mis preocupaciones son mejorar, quedarme igual, o empeorar ? |
| 6. Por favor describa las áreas más fuertes del niño/a en casa : a. b. c. | 7. Por favor describa las áreas más débiles del niño/a en casa : a. b. c. | |

HISTORIAL: Nacimiento

| | | | |
|--|---|---|--|
| 1. ¿Cuánto pesó el/a niño/a al nacer? ___libras ___onzas | | 4. Embarazos antes de este/a niño/a: _____ | |
| 2. Edad del Padre Biológico al nacer el/a niño/a: _____ | | 5. Abortos Espontáneos antes de este/e niño/a: _____ | |
| 3. Edad de la Madre Biológico al nacer el/a niño/a : _____ | | | |
| S | N | 6. ¿Tuvo problemas durante el embarazo ? Especifique: | |
| S | N | 7. ¿Tuvo problemas durante el parto o posterior al parto ? Especifique: | |
| S | N | 8. ¿Nació este/a niño/a por Cesárea / Sección C ? Si nació por cesárea, circule la respuesta adecuada: planeada emergencia | |
| S | N | 9. ¿Nació este/a niño/a dos o más semanas antes de la "fecha programada"? ¿Si se adelanto, cuantas semanas se adelantó? ___ semanas | |
| S | N | 10. ¿Hubo alguna sustancia o medicamentos usados por la madre durante el embarazo? ___ Cerveza/Vino ___ Alcohol ___ Cualquier medicamento recetado ___ Cocaína ___ Tabaco ___ Marihuana ___ Metanfetamina (Cristal / Ice) ___ Otro: _____ | |
| S | N | 11. ¿Hubo alguna sustancia o medicamentos usados por el padre en los momentos de concebir al/a niño/a.? ___ Cerveza/Vino ___ Alcohol ___ Cualquier medicamento recetado ___ Cocaína ___ Tabaco ___ Marihuana ___ Metanfetamina (Cristal / Ice) ___ Otro: _____ | |

*HISTORIAL: Preocupaciones durante el desarrollo

| | | |
|---|---|---|
| S | N | 1. ¿El/a niño/a se sentó a los 8 meses? |
| S | N | 2. ¿El/a niño/a gateó a los 10 meses? |
| S | N | 3. ¿El/a niño/a caminó a los 15 meses? |
| S | N | 4. ¿El/a niño/ habló oraciones de dos palabras a los 2 años? |
| S | N | 5. ¿La gente extraña le podía entender al/a niño/a a los 3 años? |
| S | N | 6. ¿El/a niño/a no se orinaba a los 3 ½ años? |
| S | N | 7. ¿El/a niño/a lee palabras sencillas 6 años? |

(OFFICE USE ONLY) Y=[concern ≥6 months: Y N Birth: Y N] * N=[Development: Y N]

Desarrollado por el Centro de Investigaciones y Servicios a Niños y Adolescentes/ Child and Adolescent Services Research Center (CASRC) en colaboración con el Hospital Infantil y Centro de Salud/ Children's Hospital and Health Center (CHHC) Derechos de Autor, San Diego, 2003. Este documento no puede ser reproducido total o parcialmente sin la autorización de CASRC y CHHC San Diego.
Adaptado de los formularios de Vanderbilt / Wolraich



CUESTIONARIO PARA PADRES: Salud Infantil

| | | | |
|--|---|--|---|
| Nombre del/a Niño/a: | | | |
| | | | |
| S | N | 1. ¿El/a niño/a lloraba frecuentemente de bebé? | |
| S | N | 2. ¿El/a niño/a era difícil de tranquilizar de bebé? | |
| S | N | 3. ¿El/a niño/a tenía dificultades para dormirse de bebé? (ejemplo. ¿Era un bebé inquieto o dormía de más?) | |
| S | N | 4. ¿El/a niño/a era melindroso/a o irregular para comer de bebé? | |
| S | N | 5. ¿El/a niño/a hacia muchos berrinches de bebé? | |
| S | N | 6. ¿Tuvo dificultad para mantener a una nana por la conducta de este niño/a? | |
| S | N | 7. ¿El/a niño/a se orina ? | |
| S | N | 8. ¿El/a niño/a tiene accidentes con sus evacuaciones / deposiciones ? | |
| S | N | 9. ¿El/a niño/a tiene pesadillas con frecuencia? | |
| S | N | 10. El/a niño/a ha tenido tics nerviosos , tales como parpadeos, movimientos bruscos de cabeza, o garraspera? | |
| S | N | 11. El/a niño/a tiene problemas para dormirse ? Especifique: | |
| S | N | 12. El/a niño/a tiene problemas para permanecer dormido toda la noche? Especifique: | |
| S | N | 13. El/a niño/a tiene problemas para levantarse en la mañana? Especifique: | |
| S | N | 14. El/a niño/a tiene dolores de cabeza o de estómago con frecuencia ? Especifique: | |
| S | N | 15. El/a niño/a tiene problemas con su peso ? Especifique: | |
| HISTORIAL: Salud | | | |
| S | N | 1. ¿El/a niño/a ha tenido problemas de salud graves ? Especifique: | |
| S | N | 2. ¿El/a niño/a ha tenido con frecuencia infección en los oídos ? | |
| S | N | 3. ¿El/a niño/a ha tenido problemas en los ojos / visión o para escuchar ? Especifique: | |
| S | N | 4. ¿El/a niño/a ha sido hospitalizado o a sido sometido a cirugía ? Especifique: | |
| S | N | 5. ¿El/a niño/a ha estado inconsciente o ha tenido alguna lesión grave en la cabeza ? Especifique: | |
| S | N | 6. ¿El/a niño/a ha tenido meningitis o encefalitis ? Especifique: | |
| S | N | 7. ¿El/a niño/a ha tenido ataques ? | |
| S | N | 8. ¿El/a niño/a ha tenido problemas con su crecimiento ? Especifique: | |
| S | | 9. ¿El/a niño/a tiene algún defecto de nacimiento o manchas ? Especifique: | |
| HISTORIAL: Problemas Familiares Médicos: | | ¿Hay alguien en la familia que tenga lo siguiente?: | |
| | | ¿Si tiene algo, cual es el parentesco con el/a niño/a? | |
| S | N | No Se | 1. Problemas Neurológicos |
| S | N | No Se | 2. Dificultades para aprender o leer |
| S | N | No Se | 3. Depresión |
| S | N | No Se | 4. Desorden Bipolar / Depresión Maniaca |
| S | N | No Se | 5. Esquizofrenia |
| S | N | No Se | 6. Historial de abuso físico o sexual |
| S | N | No Se | 7. Problemas de Alcoholismo o Drogadicción |
| S | N | No Se | 8. ADHD / ADD (problemas de atención) |
| S | N | No Se | 9. Tics Nerviosos o Desorden Tourette |
| S | N | No Se | 10. Dificultades con las Autoridades |
| S | N | No Se | 11. Medicina para nervios o problemas emocionales |
| S | N | No Se | 12. Problemas de la Tiroides |
| S | N | No Se | 13. Exposición a químicos tóxicos |
| S | N | No Se | 14. Problemas cardiacos o muerte súbita |
| <small>(OFFICE USE ONLY) Behavior: Y N Health: Y N Family Medical History: Y N</small> | | | |
| <small>Baseline: Tics: Y N Sleep Problems: Y N Stomachache/Headache: Y N Weight: Y N</small> | | | |



CUESTIONARIO PARA PADRES: Salud Infantil

| | | | | |
|--|---|---|--------------|------------------------|
| Nombre del/a Niño/a: | | | | |
| HISTORIAL: Tratamiento Anterior/Actual del Niño/a | | | | |
| S | N | 1. ¿El/a niño/a ha sido diagnosticado con ADHD o ADD anteriormente? Si fue diagnosticado: Año ____ Mes ____ | | |
| S | N | 2. ¿El/a niño/a anteriormente ha tomado medicamentos para el ADHD o ADD? Si ha tomado. ¿Sabe el nombre, dosis y hora(s) del día que se le administró el medicamento? | | |
| | | a. Nombre | Dosis | Hora(s) del Día |
| | | b. | | |
| | | c. ¿Estuvo satisfecho/a con el efecto del medicamento para los síntomas del niño/a? (circule) Si No | | |
| S | N | 3. ¿El/a niño/a ha estado sometido a orientación psicológica por algún problema? Especifique: | | |
| S | N | 4. ¿El/a niño/a ha estado sujeto a medicamentos a largo plazo? Especifique: | | |
| S | N | 5. ¿El/a niño/a tiene alergias? Especifique: | | |
| S | N | 6. ¿El/a niño/a a la fecha se encuentra tomando medicamentos? | | |
| S | N | 7. ¿El/a niño/a a la fecha se encuentra tomando vitaminas o suplementos herbarios? | | |
| 8. ¿Qué medicamentos, incluyendo vitaminas o suplementos herbarios, está tomando este/a niño/a? | | | | |
| Nombre | | Dosis | | |
| a. | | Hora(s) del Día | | |
| b. | | | | |
| c. | | | | |
| 9. ¿Existen profesionistas (tales como doctores, psiquiatras, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, terapeutas del habla, terapeutas físicos o tratamiento alternos) que participen actualmente en el cuidado del/a niño/a? Por favor anótelos y su función en el cuidado del/a niño/a: | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| HISTORIAL: Social | | | | |
| S | N | 1. ¿Han ocurrido cambios significativos o tensiones en la vida del/a niño/a (ejemplo, problemas maritales, mudanza, cambio de escuela, nacimiento de hermano/a, muerte de una mascota)? Si ocurrieron cambios, por favor especifique e incluya la edad del/a niño/a en ese momento: ¿Aún ocurren las tensiones? (circule) Si No | | |
| S | N | 2. ¿Ha sucedido alguna enfermedad grave o muerte de un padre/madre o un familiar cercano del/a niño/a? Si sucedió alguna enfermedad, por favor especifique e incluya la edad del/a niño/a en ese momento: | | |
| S | N | 3. ¿El/a niño/a ha pasado o ha visto alguna situación traumática (ejemplo, violencia doméstica abuso físico o sexual) que desea comentar con el doctor? Si ha pasado, por favor especifique e incluya la edad del/a niño/a: ¿Aún ocurren estos traumas? (circule) Si No | | |
| S | N | 4. ¿Espera algún cambio mayor en el futuro? Si es Sí, por favor especifique: | | |
| (OFFICE USE ONLY) Adhd Dx: Y N Adhd Tx: Y N Medications: Y N Professionals: Y N Social: Y N | | | | |



CUESTIONARIO PARA PADRES: Salud Infantil

| | | | | | |
|---|---|--|-------------|-----------------------------------|--|
| Nombre del/a Niño/a: | | | | | |
| 1. El/a niño/a se encuentra viviendo con (marque un recuadro) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Madre biológica y padre biológico | | <input type="checkbox"/> Padre/Madre(s) adoptivo(s), pariente(s) | | | |
| <input type="checkbox"/> Madre biológica | | ¿El/a niño/a sabe que es adoptado/a? (circule) Si No | | | |
| <input type="checkbox"/> Padre biológico | | <input type="checkbox"/> Padre/Madre(s) adoptivo(s), sin parentesco | | | |
| <input type="checkbox"/> Pariente (especifique parentesco): | | ¿El/a niño/a sabe que es adoptado/a? (circule) Si No | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Padre/Madre(s) de familia acogida | | | |
| | | ¿Cuánto tiempo ha estado bajo cuidado de familia acogida? Año _____ Mes _____ | | | |
| | | ¿Cuánto tiempo ha estado viviendo el niño en su casa? Año _____ Mes _____ | | | |
| | | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): | | | |
| 2. Los padres biológicos del/a niño/a se encuentran (marque un recuadro): | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Casados Año _____ Mes _____ | | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): | | | |
| <input type="checkbox"/> Divorciados Año _____ Mes _____ | | <input type="checkbox"/> No Aplicable (por favor especifique): | | | |
| <input type="checkbox"/> Separados Año _____ Mes _____ | | <input type="checkbox"/> No se | | | |
| <input type="checkbox"/> Nunca se han casado | | | | | |
| 3. ¿Cómo describiría la relación actual entre los padres biológicos del/a niño/a?: | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Amistosa / Cordial | | <input type="checkbox"/> No Aplicable (por favor especifique): | | | |
| <input type="checkbox"/> Desagradable / Conflictiva | | <input type="checkbox"/> No se | | | |
| <input type="checkbox"/> No hay relación | | | | | |
| S | N | 4. ¿Hay familiares inmediatos que no vivan con el/a niño/a (madre biológica, padre biológico, hermanos) Si hay familiares, por favor especifique su parentesco con el/a niño/a: | | | |
| S | N | 5. ¿Existe algo inusual del medio de vida del/a niño/a que quiera comentar con el doctor del/a niño/a? Si existe, por favor especifique: | | | |
| S | N | 6. ¿Los padres/tutores del/a niño trabajan fuera de casa? | | | |
| S | N | 7. ¿Tiene apoyo social o familiar cercano? | | | |
| 8. Por favor anote a todas las personas que viven en el hogar del/a niño/a. | | | | | |
| NOMBRE | | Parentesco con el/a niño/a | Edad | Nombre | |
| | | | | Parentesco con el/a niño/a | |
| | | | | Edad | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| S | N | 1. ¿Está usted u otro padre/tutor de su hijo/a en el servicio Militar? | | | |
| S | N | 2. ¿Qué rama?: Navy (Marina) Marine (Marinos) Air Force (Fuerza Aérea) Army (Ejército) Otro (especifique): | | | |
| S | N | 3. ¿Alguno de los padre(s)/tutor(es) se encuentran en el servicio Militar activo? Si es Sí (circule): Madre Padre Ambos Otro: | | | |
| S | N | 4. ¿Están en ultramar o esperando órdenes para desplegarse? | | | |
| | | 5. ¿Cuándo tiene PCS/Movimiento a esta ubicación? Fecha: | | | |
| | | 6. ¿Cuándo tiene programado su PCS / Movimiento? Fecha: | | | |
| S | N | 7. ¿Vive usted en vivienda Militar? | | | |
| S | N | 8. ¿El/a niño/a u otros miembros de la familia se encuentran el Programa de Familiares Excepcionales? | | | |
| (OFFICE USE ONLY) Living Arrangement: Y N | | | | | |

CUESTIONARIO PARA PADRES: Salud Infantil

Nombre del/a niño/a:

Marque el recuadro que mejor describa el comportamiento de su hijo/a en los 6 meses anteriores
Si su hijo/a está bajo medicamentos, por favor califique la conducta de su hijo/a SIN el medicamento.

| Nunca Rara Vez 0 | A veces 1 | Seguido 2 | Muy seguido 3 |
|------------------------|--------------|--------------|---------------------|
|------------------------|--------------|--------------|---------------------|

| | | | | |
|---|--|--|--|--|
| 1. Omite poner atención al detalle o comete errores por descuido (ejemplo, tareas). | | | | |
| 2. Se le dificulta hacer lo que tiene que hacerse. | | | | |
| 3. Parece no escuchar cuando se le habla directamente. | | | | |
| 4. No tiene seguimiento cuando se le dan instrucciones | | | | |
| 5. Tiene dificultad para organizar tareas y actividades. | | | | |
| 6. Evita, no le gusta o no quiere comenzar actividades. | | | | |
| 7. Pierde los artículos necesarios para las tareas o actividades (asignaturas, lápices, libros). | | | | |
| 8. Se distrae fácilmente con los ruidos y otras cosas. | | | | |
| 9. Es olvidadizo/a en sus actividades diarias. | | | | |
| 10. Es inquieto/a con las manos, pies o se mueve mucho en el asiento. | | | | |
| 11. Se levanta del asiento cuando se supone que debe estar sentado/a. | | | | |
| 12. Corre o se sube a las cosas mucho cuando se supone que debe estar sentado/a. | | | | |
| 13. Tiene dificultades para jugar o empezar juegos tranquilos. | | | | |
| 14. Siempre “está a las carreras” o actúa como si “tuviera motor”. | | | | |
| 15. Habla mucho. | | | | |
| 16. Anticipa las respuestas antes de que se termine la pregunta. | | | | |
| 17. Tiene dificultad para esperar su turno. | | | | |
| 18. Interrumpe o molesta a otros cuando hablan o juegan. | | | | |
| 19. Discute con lo adultos. | | | | |
| 20. Se enoja. | | | | |
| 21. Activamente desobedece o se rehúsa a seguir las peticiones o reglas de los adultos. | | | | |
| 22. Molesta a la gente adrede. | | | | |
| 23. Culpa a otros de sus errores o mala conducta. | | | | |
| 24. Es sensible y se molesta fácilmente con otros. | | | | |
| 25. Es irascible o resentido | | | | |
| 26. Se llena de odio y se quiere vengar. | | | | |
| 27. Hostiga, amenaza o asusta a otros. | | | | |
| 28. Comienza pleitos físicos. | | | | |
| 29. Miente para zafarse de un problema o evitar trabajos (ejemplo, “estafa” a otros). | | | | |
| 30. Falta a clases sin permiso. | | | | |
| 31. Es descortés físicamente con la gente. | | | | |
| 32. Ha robado cosas de valor. | | | | |
| 33. Destruye las cosas de otros a propósito. | | | | |

(OFFICE USE ONLY) 1—9: ___/9 Inattentive: ≥ 6/9 DuPaul: 10—18: ___/9 Hyperactive: ≥ 6/9 DuPaul: 19—26: ___/8 Oppositional Defiant Disorder 4/8



CUESTIONARIO PARA PADRES: Salud Infantil

| Nombre del/a niño/a: | | | | |
|--|------------------------|--------------|--------------|---------------------|
| Marque el recuadro que mejor describa el comportamiento de su hijo/a en los 6 meses anteriores Si su hijo/a está bajo medicamentos, por favor califique la conducta de su hijo/a SIN el medicamento. | Nunca Rara Vez 0 | A veces 1 | Seguido 2 | Muy seguido 3 |
| 34. Es malo con los animales y los lesiona. | | | | |
| 35. Ha provocado incendios a propósito para causar daños. | | | | |
| 36. Se ha metido a la casa, negocio o automóvil de alguien. | | | | |
| 37. Ha estado toda la noche fuera de casa sin permiso o se ha ido de casa . | | | | |
| 38. Ha usado armas que puedan causar daños físicos graves (ejemplo, bat, botella quebrada, ladrillo). | | | | |
| 39. Es temeroso, ansioso o preocupado . | | | | |
| 40. Tiene miedo de hacer cosas nuevas por miedo a cometer errores. | | | | |
| 41. Se siente inútil o inferior . | | | | |
| 42. Se culpa a sí mismo por problemas, se siente culpable. | | | | |
| 43. Se siente sólo, sin que lo quieran, o lo necesiten ; se queja “nadie me quiere.” | | | | |
| 44. Es triste o infeliz . | | | | |
| 45. Se siente diferente o fácilmente se avergüenza . | | | | |
| 46. Se preocupa de más sobre su salud/cuerpo . | | | | |
| 47. Tiene problemas para llevarse bien con usted . | | | | |
| 48. Tiene problemas para llevarse bien con otros niños de su edad . | | | | |
| 49. Tiene problemas para llevarse bien con sus hermanos . | | | | |
| 50. Tiene problemas en actividades de grupo como juegos o juegos en equipo. | | | | |
| 51. Disminución del interés o placer en todo , o casi todo, actividades del día. | | | | |
| 52. Ha dicho cosas como “ quisiera morirme ” o se ha tratado de lastimar. | | | | |
| 53. Angustia recurrente excesiva cuando hay separación de la casa o de las personas que lo cuidan. | | | | |
| 54. Tiene períodos claros de humor irritable o inusualmente alegre . (distinto al normal). | | | | |
| 55. Tiene berrinches prolongados (más de 20 a 30 minutos). | | | | |
| 56. Escucha voces que otros no oyen. | | | | |
| 57. Tiene compulsiones (ejemplo, el niño tiene fijación por lavarse las manos, contar, borrar). | | | | |
| 58. Tiene obsesiones (ejemplo, pensamientos persistentes angustiosos, microbios, puertas abiertas). | | | | |
| 59. Tiene recuerdos o sueños recurrentes de un evento traumático. | | | | |
| 60. Parece evitar o tiene fobias de gente, animales, cosas o situaciones específicas. | | | | |
| 61. Parece inconsciente de la existencia de otros, no le interesa interactuar con otros . | | | | |
| 62. Tiene preocupaciones raras, excéntricas o inusuales (ejemplo, ropa, juguetes, limpieza). | | | | |
| 63. Parece desinteresado en las actividades propias de su edad. | | | | |
| 64. Ha probado o abusado de las drogas o el alcohol . | | | | |



CUESTIONARIO PARA PADRES: Salud Infantil

| | | |
|--|-----------------------------------|--|
| Nombre del/a Niño/a: | Duración de tiempo en la escuela: | Grado: |
| Nombre de la Escuela: | Distrito Escolar: | |
| Maestro/a (principal): | Director/a: | Teléfono de la Escuela: |
| 1. Describa las áreas más sólidas del trabajo escolar del/a niño/a: a. b. c. | | 2. Describa las áreas más débiles del trabajo escolar del/a niño/a: a. b. c. |

HISTORIAL: Intervención Escolar

| | | |
|---|---|---|
| S | N | 1. ¿El/a niño/a a estado en el Programa de Intervención Inicial o de Cuidados Especiales/Preescolar ? |
| S | N | 2. ¿El/a niño/a ha tenido terapia del habla, ocupacional o física ? |
| S | N | 3. ¿El/a niño/a ha asistido alguna vez a la escuela de verano ? Si ha asistido, especifique la(s) materia(s) grado(s). |
| S | N | 4. ¿Le ha comentado la escuela que el/a niño/a asista a la escuela de verano? Especifique: |
| S | N | 5. ¿El/a niño/a ha repetido año ? Si ha repetido, especifique la(s) materia(s) grado(s). |
| S | N | 6. ¿Le ha comentado la escuela que el/a niño/a repita año? Especifique: |
| S | N | 7. ¿Existe la posibilidad de que las materias o el grado necesite repetirse ? Especifique: |
| S | N | 8. ¿El/a niño/a ha recibido servicios de educación especial (como un 504 Plan o IEP)? Especifique: |
| S | N | 9. ¿El/a niño/a está recibiendo algunos servicios de educación especial (como un 504 Plan o IEP)? Especifique: |
| S | N | 10. ¿Se han tomado acciones disciplinarias (detenciones, suspensiones o expulsiones)? Especifique: |
| S | N | 11. ¿El/a niño/a necesita ayuda médica especial ? Especifique: |

HISTORIAL: Problemas Escolares

¿Por cada uno de los grados siguientes que este/a niño haya terminado, **hubo problemas reportados**?
Si es Sí por favor describa la preocupación del maestro o del padre en el espacio..

| | | Académico | Conducta |
|---|---|---------------------------|----------|
| S | N | 1. Preescolar | |
| S | N | 2. Kinder y Primer Grado | |
| S | N | 3. Segundo y Tercer Grado | |
| S | N | 4. Cuarto y Quinto Grado | |
| S | N | 5. Sexto a Octavo Grado | |
| S | N | 6. Preparatoria | |

ACTUAL: Desempeño Escolar

Por favor circule el número adecuado.

| | Excelente Promedio Problemático/a | | | | | | Excelente Promedio Problemático/a | | | | |
|---|-----------------------------------|---|---|---|---|-----------------------------|-----------------------------------|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. Terminación de Asignaturas en el Salón | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 8. Ciencias | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Terminación de Tareas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9. Expresión Escrita | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Llevar y Traer Tareas a la Escuela | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 10. Escritura a Mano | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Técnicas de Organización | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 11. Estudios Sociales/Hist. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Lectura | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 12. Arte | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Ortografía | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 13. Otras: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Matemáticas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | | | |

(OFFICE USE ONLY) School Intervention: Y N Academic School Problems: Y N Behavior School Problems: Y N School Performance: Y N



CUESTIONARIO PARA PADRES: Salud Infantil

Seguridad y Bienestar

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA ENTRE ESCUELAS.

El llenado de este documento autoriza la divulgación y/o uso de la información individual de salud, como se establece abajo, de conformidad con las leyes Federales y de California (ejem., HIPAA) relativas a la privacidad de dicha información. La omisión de la información requerida podrá invalidar esta autorización.

USO Y DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN:

Paciente/Nombre del/a Alumno/a: _____ / _____
Apellido Nombre IM Fecha de Nacimiento

El suscrito, autorizó (nombre del proveedor médico, plan de salud y/o agencia):

(1) _____ (2) _____

a proporcionar la información de salud del/a niño/a arriba mencionado de su expediente médico de y para:

| | |
|--|--|
| Escuela a la cual se hizo la divulgación | Domicilio/Ciudad y Estado, Código Postal |
| Persona Contacto en el Distrito Escolar | Teléfono y Número de Fax |

La divulgación de la información médica se requiere para lo siguiente: aprendizaje, conducta y atención

La información solicitada se limitara a lo siguiente: Información mínima necesaria; o

Información de enfermedad específica descrita: Toda la información relacionada, al aprendizaje, conducta y atención.

DURACIÓN:

Esta autorización entra en vigor inmediatamente y estará vigente hasta _____ (anote fecha)

O por un año de la fecha de la firma, si no hay fecha anotada.

RESTRICCIONES:

La ley de California prohíbe al Solicitante que haga la divulgación de mi información médica a menos que el Solicitante obtenga otra forma de autorización mía o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

SUS DERECHOS:

Estoy enterado que tengo los siguientes derechos referentes a esta Autorización: *Puedo revocar esta Autorización en cualquier momento.*

Mi revocación debe ser por escrito, firmada, por mi o a mi nombre y entregada en las agencias de salud/personas anotadas arriba. Mi revocación será efectiva a la recepción del escrito, pero no será efectiva condicionado a que ella Solicitante u otros hayan actuado dependiendo de la veracidad de esta Autorización.

RE-DIVULGACIÓN

Estoy enterado/a que el Solicitante (Distrito Escolar) protegerá esta información como lo establece el Decreto de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA) y que la información forma parte del expediente educativo del/a alumno/a. Esta información se compartirá con las personas que trabajen con o en el Distrito Escolar con la intención de proveer, entornos educativos menos restringidos, adecuados y seguros y los servicios y programas de salud escolar.

Tengo el derecho de obtener una copia de esta Autorización. La firma de Autorización podrá ser requerida para que este/a alumno/a para que obtenga los servicios adecuados en el entorno educativo.

APROBACIÓN: _____

Nombre en letra imprenta

Firma

Fecha