

Cuestionario de Problemas de Comportamiento y Escolares para Padres/Tutores

Ha solicitado una evaluación de su hijo por preocupaciones sobre el comportamiento o el rendimiento escolar. Complete este formulario para ayudar a facilitar esta evaluación.

Nombre del niño: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Completado por _____

Por favor enumere sus preocupaciones principales:

¿Cómo es el comportamiento del niño en casa?

Cómo es el comportamiento del niño en la escuela:

¿Cómo es el comportamiento del niño con amigos?

¿Cuáles son los mayores desafíos en la escuela?

Cuáles son las calificaciones más recientes del niño:

Enumere cualquier servicio de educación especial pasado o presente o ayuda adicional en la escuela:

Enumere las fortalezas/pasatiempos/actividades del niño:

¿Cuál era la edad gestacional de este niño al nacer (40 semanas es término completo):

Enumere cualquier problema con el embarazo o el parto:

Enumere cualquier problema médico anterior:

Enumere cualquier medicamento que esté tomando este niño:

Describa cualquier problema de desarrollo o de salud mental previo:

Indique las edades en las que el niño:

Primero caminó _____

Primero habló palabras _____

Entrenado para baño _____

¿Ha tenido su hijo alguna prueba auditiva previa? SÍ/NO

Resultados _____

¿Su hijo tiene algún problema de visión o usa lentes correctivos?: SÍ/NO

Encierre en un círculo cualquiera de los siguientes que afecten a los familiares cercanos de este niño: déficit de atención, depresión, tics, síndrome de Tourette, trastorno obsesivo-compulsivo, conducta antisocial o delictiva, trastorno de personalidad, trastorno bipolar, problemas de aprendizaje, otras enfermedades mentales. Por favor explique:

¿Algún familiar tiene un ataque al corazón o muerte súbita inexplicable antes de los 40 años? SÍ NO

Describa el entorno familiar actual del niño, los miembros de la familia, etc.:

Encierre en un círculo cualquiera de los siguientes niños tiene problemas con: falta de sueño, irritabilidad, convulsiones, movimientos o sonidos extraños (tics), ronquidos, desmayos, problemas cardíacos, falta de apetito, depresión, pensamientos suicidas, estrés, ansiedad, obsesiones, incomodidad social, dificultad para hacer amigos, mal genio, ira, mezquindad, intimidación, crueldad, robo, vandalismo.

Otra información que le gustaría proporcionar:

_____.

Does this child receive any special education services or any other additional help?
YES/NO

If yes: please describe the program, include how many hours per week this help is received:

If no: Has a referral for a special education evaluation been made? YES/NO
Do you plan to refer this child to special education? YES/NO

What techniques have you used or changes you have made that seem to help this child?

Please relate any other information you think would be helpful.
