



Foto
2"x 2"

St. Michael's School

Education Without Frontiers

COUNSELING DEPARTMENT

Formulario para padres

Sírvase leer con cuidado toda la información solicitada. Esta información es confidencial y del uso exclusivo del Departamento de Psicología. La claridad y honestidad de sus respuestas nos hará conocer mejor a su hijo(a). Si tiene alguna pregunta no dude en comunicarse con nosotros al 809-563-1707.

The Counseling Department

Nombre completo del estudiante: _____

Grado al que aplica: _____



COUNSELING DEPARTMENT

Formulario para padres

Nombre Estudiante:

Fecha de nacimiento:

 - -
día mes año

Edad:

 -
años meses

Nombre de la madre:

Edad: _____

Apellido de la madre:

Nombre del padre:

Edad: _____

Apellido del padre:

Año Escolar para el que aplica: _____

Grado actual: _____

Fecha: _____ Informante(s): _____

Fecha Evaluación Psicológica: _____

1 DATOS GENERALES DEL ESTUDIANTE

• ¿Sabe Inglés? Sí No Lengua Materna: _____

• Idioma que se habla en la casa: _____

Teléfonos de contacto:

• Madre: Casa: _____ Oficina: _____ Cel.: _____

• Padre: Casa: _____ Oficina: _____ Cel.: _____

• Persona que cuida al niño (a) en ausencia de los padres: _____

• Edad: _____

2 INFORMACION FAMILIAR:

• Horario de Trabajo de la madre: _____ Ocupación: _____

• Lugar de trabajo: _____

• Horario de Trabajo del padre: _____ Ocupación: _____

• Lugar de trabajo: _____

Situación marital:

• Casados Separados Divorciados Otra _____

• Tiempo juntos: _____ Con quién vive el niño/a: _____

• Reacciones ante separaciones o divorcios: _____

• ¿El estudiante tiene padrastro / madrastra?: Sí No Vive con él/ella: Sí No

• Nombre padrastro /madrastra:

• Edad: _____ Ocupación: _____ Teléfono: _____

• ¿Se involucra con el niño/a?: _____

Hermanos/as del estudiante:

Nombre	Sexo	Edad	Grado	Colegio / Ocupación
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

• ¿Ha sido agregado algún nuevo miembro a la familia? ¿Quién?: _____

• Relación del niño (a) con los hermanos (as): _____

• Relación del hijo(a) con el padre: _____

• Relación del hijo(a) con la madre: _____

• ¿Ha sufrido la familia algún cambio, como enfermedades, muerte, mudanza (número) o evento traumático que pueda afectar el desarrollo escolar de su hijo? (Explicar)

3 NACIMIENTO Y DESARROLLO:

- Complicaciones durante el embarazo, en el parto, después del parto (diabetes, hipertensión, etc.):

- Cesárea: Sí No Causa de la cesárea: _____
- Peso al nacer: _____ libras Periodo gestario: _____
- Dificultad en el parto _____
- ¿A qué edad su hijo/ hija?:
Se sentó _____ Gateó _____ Caminó _____ Dijo primeras palabras _____
Dijo oraciones simples _____ Controló esfínter urinario _____ Controló esfínter rectal _____

4 CONDUCTA / TEMPERAMENTO

- ¿Existe en el historial familiar, algún miembro que haya presentado dificultades de aprendizaje, enfermedad mental, problemas emocionales, problemas conductuales (ejemplo, dislexia, depresión, esquizofrenia, ansiedad, etc.)? _____

- De estas características, marque con una X la que su hijo(a) presenta:

<input type="checkbox"/> Su atención es corta	<input type="checkbox"/> Se ve infeliz la mayor parte del tiempo
<input type="checkbox"/> Necesita auto-controlarse	<input type="checkbox"/> Esconde sus sentimientos
<input type="checkbox"/> Tiene temores	<input type="checkbox"/> Es sobre activo (a) cuando juega
<input type="checkbox"/> Parece impulsivo(a)	<input type="checkbox"/> Adaptable a nuevas situaciones
<input type="checkbox"/> Demanda mucha atención	<input type="checkbox"/> Sobre-reacciona ante las cosas
- ¿Qué lo/la enoja? _____

- ¿Cómo se relaciona con sus compañeros (as) de clase? (Comente)

- ¿Existe alguna otra información que debamos saber sobre el temperamento de su hijo(a)?

5 HISTORIAL ESCOLAR

• **Nombre colegios anteriores:**

Motivo de cambio

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

• ¿Por qué aplica en St. Michael's School? _____

• Número de hermanos en St. Michael's School: _____

• Promedio actual de notas (letra y número)* (Ejemplo A, 90) _____

• Notas más altas/ materias (colegio actual)* _____

• Notas más bajas /materias* _____

• Materia favorita* _____

• Materias menos favoritas* _____

• ¿Se pone nervioso(a) con los exámenes?* _____

• ¿Ha tenido alguna dificultad en su aprendizaje? ¿Ha tomado algún programa especial para estudiantes avanzados o con dificultades? (Comente)

• ¿Ha tenido alguna dificultad en la escuela por su conducta? Problemas de adaptación, motivación, etc. (Comente)

• Explique qué le preocupa de su hijo(a):

• ¿Ha visitado alguna vez un Psicólogo(a)? ¿Quién lo refirió? ¿Por qué?

**(No aplica a estudiantes 1er curso)*

6 HÁBITOS / RUTINA DIARIA

- Persona que lo/a ayuda a realizar las tareas _____
- Horario en que estudia _____
- Hora que se levanta _____
- Hora que se acuesta _____
- Hora límite de llegar a la casa cuando sale _____
- Horas en que el niño(a) desayuna, almuerza, cena y merienda _____

- Actividades extra-curriculares /hobbies. Horarios

- Liste las actividades, asociaciones y/o clubes en los que ha participado en su(s) colegio (s) anterior(es). Premios y/o reconocimientos.

• Actividad / asociación	Año	Reconocimiento
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

7 DISCIPLINA

- ¿Quién está a cargo de la disciplina en el hogar? Métodos utilizados. Tipos de castigo.

- ¿Están todos de acuerdo con la disciplina que se usa?

- Responsabilidades que tiene su hijo (a) dentro del hogar:
