



Foto 2" x 2"

St. Michael's School

Education Without Frontiers

COUNSELING DEPARTMENT

Formulario para padres

Favor descargar y salvar en su dispositivo antes de llenarlo

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 del solicitante: _____

Grado al que aplica: _____



COUNSELING DEPARTMENT

Formulario para padres

Nombre solicitante:

Fecha de nacimiento:

día mes año

Edad:

-

años meses

Nombre de la madre:

Apellido de la madre:

Edad: _____

Nombre del padre:

Apellido del padre:

Edad: _____

Año Escolar para el que aplica: _____ Grado actual: _____

Fecha: _____ Grado al que aplica: _____

Fecha Evaluación Psicológica: _____ Informante(s): _____

1 DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE

• ¿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: _____

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 Período 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:

- Su atención es corta
- Necesita auto-controlarse
- Tiene temores
- Parece impulsivo(a)
- Demanda mucha atención

- Se ve infeliz la mayor parte del tiempo
- Esconde sus sentimientos
- Es sobre activo (a) cuando juega
- No adaptable a nuevas situaciones
- 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 solicitantes de 1er grado)

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
Desayuna: _____ Almuerza: _____ Cena: _____ 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:

