

*Estimados padres/representantes de:*

*El progreso educativo de su hijo(a) está siendo revisado y discutido por el equipo de MTSS de la escuela. Al completar el formulario de entrevista para padres, puede ayudarnos a comprender mejor la historia de su hijo, las necesidades especiales de salud y el progreso del desarrollo. Usaremos la información que proporcionó y el progreso en la educación general para planificar intervenciones y apoyos apropiados. La información compartida se considerará confidencial y no saldrá del distrito sin su consentimiento por escrito.*



**FORMULARIO DE ENTREVISTA A LOS PADRES**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Nombre del niño(a): | Fecha de nacimiento: |
| Edad: | Grado: |
| Escuela a la que asiste: | Completado por: |

|  |
| --- |
| **HOGAR Y VIDA FAMILIAR** |
| ¿Con quién vive el niño? |
| ¿Su hijo reside en más de un hogar?  Si es así, explique: |
| ¿Tiene el niño hermanos? |
| Si es así, ¿cuántos hermanos? |
| ¿Edades de los hermanos? |
| Nombre/Función del Padre***:*** Nombre preferido: |
| Nivel más Alto de Educación: |
| Nombre/función de la madre: Nombre Preferido: |
| Nivel más alto de educación: |
| ¿Qué idiomas se hablan en el hogar? |
| ¿Qué idioma(s) habla cuando habla con su hijo? |
| ¿Qué idioma habla el niño con más frecuencia? |
| ¿Alguna vez su hijo ha estado separado de sus padres durante más de un mes?  Si es así, explique por qué motivo y durante cuánto tiempo |
| ¿Hay algún problema familiar o cambios que puedan afectar a su hijo?  En caso afirmativo, ¿podría explicarnos más? |
| ¿Hay otros cuidadores importantes involucrados en la crianza de su hijo?  En caso afirmativo, ¿quiénes son y cuál es su función? |
| ¿Su familia tiene antecedentes de problemas de aprendizaje?  ¿Cómo se relaciona este miembro de la familia con su hijo y cuáles fueron sus desafíos académicos? |
| ¿Alguien de su familia ha tenido retrasos en el habla o el lenguaje que requirieron terapia?  Si es así, ¿puede darnos más detalles? |
| ¿Alguien de su familia ha necesitado terapia para abordar trastornos de salud mental?  Si es así, ¿puede darnos más detalles***?*** |

|  |
| --- |
| **HISTORIAL DE EMBARAZO Y NACIMIENTO** |
| ¿Recibió la madre biológica atención prenatal durante todo el embarazo? |
| ¿Experimentó la madre problemas médicos relevantes durante el embarazo?  En caso afirmativo, explíquelo por favor: |
| ¿Se tomó algún medicamento recetado durante el embarazo?  En caso afirmativo, explíquelo por favor: |
| ¿Se consumieron drogas o alcohol durante el embarazo? |
| ¿Su hijo nació a término? Si no, ¿hubo alguna complicación? |
| ¿Hubo alguna complicación durante el parto? En caso afirmativo, explíquelo por favor: |
| Después del nacimiento, ¿su hijo requirió alguna otra intervención médica? (oxígeno, nicu, etc.)  En caso afirmativo, explíquelo por favor: |

|  |
| --- |
| **HISTORIAL DEL DESARROLLO** |
|  |
| (*Indique la edad a la que su hijo alcanzó los siguientes hitos del desarrollo)* |
| Sentarse: Gatear: Caminar: |
| Palabras: Frases: Oraciones completas: |
| Ir al baño: Vestirse: Comer con cubiertos: |
| Si no está seguro de cuándo su hijo alcanzó los hitos, ¿le pareció su desarrollo típico?  En caso negativo, explique más por favor: |
| ¿El desarrollo del lenguaje de su hijo pareció detenerse alguna vez por un período de tiempo?  En caso afirmativo, explíquelo por favor: |
| ¿Puede su hijo seguir órdenes simples?  En caso negativo, explique por favor: |
| ¿Entiende el niño lo que le dice?  En caso negativo, explique por favor: |
| La coordinación de los músculos pequeños de su hijo es Explique cualquier inquietud***:*** |
| La coordinación de los músculos grandes de su hijo es Explique cualquier inquietud***:*** |
| Si su hijo ha experimentado retrasos en su desarrollo, ¿recibió alguna intervención o terapia? (servicios de intervención temprana, terapia del lenguaje, terapia ocupacional, fisioterapia, etc.) En caso afirmativo, explíquelo por favor: |

|  |
| --- |
| **HISTORIA MÉDICA** |
| ¿Su hijo presenta una visión normal? Si no, por favor explique: |
| ¿Su hijo presenta una audición normal? Si no, por favor explique (ejm: infecciones auditivas, tubos, pérdida de audición, etc): |
| ¿Su hijo tiene alguna alergia?  En caso afirmativo, por favor explique: |
| ¿Su hijo tiene alguna condición médica en curso?  En caso afirmativo, por favor explique: |
| ¿Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado?  En caso afirmativo, por favor explique: |
| ¿Su hijo ha tenido alguna cirugía?  En caso afirmativo, por favor explique: |
| ¿Su hijo alguna vez ha sufrido una conmoción cerebral?  En caso afirmativo, cuántas veces y a qué edades: |
| ¿Su hijo tiene alguna condición médica?  En caso afirmativo, por favor explique: |
| ¿Está tomando su hijo algún medicamento?  En caso afirmativo, ¿existen efectos secundarios que puedan afectar su rendimiento? |
| Comparta cualquier información médica relevante adicional aquí: |

|  |
| --- |
| **SALUD GENERAL** |
| ¿Cuántas horas de sueño promedio duerme su hijo por noche? |
| ¿Tiene su hijo algún problema para dormir lo suficiente?  En caso afirmativo, por favor explique: |
| ¿Tienen usted y su hijo una hora acordada para acostarse? |
| ¿Cómo describiría la dieta de su hijo? |
| ¿Tiene alguna inquietud con la nutrición de su hijo? |
| ¿Su hijo come comidas regulares?  Si no, por favor explique: |
| ¿Cree que su hijo se beneficiaría de cualquier cambio en su dieta?  En caso afirmativo, por favor explique: |

|  |
| --- |
| **FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y CONDUCTUAL** |
| Si hay hermanos en el hogar, ¿cómo se lleva su hijo con sus hermanos? |
| Cuando su hijo está en casa, ¿tiene acceso a otros compañeros de su misma edad?  Si es así, ¿juega con sus compañeros? |
| ¿Su hijo solicita jugar con otros niños de su misma edad? |
| ¿Su hijo parece comprender el lenguaje corporal no verbal?  Si la respuesta es no, por favor explique: |
| ¿Su hijo solicita apoyo cuando intenta resolver conflictos con otros niños?  Si la respuesta es no, por favor explique: |
| ¿Qué actividades elige su hijo cuando tiene tiempo libre? |
| ¿Cómo describiría el temperamento de su hijo? |
| ¿Su hijo exhibe comportamientos preocupantes en casa?  En caso afirmativo, por favor explique: |
| ¿Tiene alguna preocupación con el desarrollo de las habilidades sociales de su hijo? |
| ¿Tiene alguna preocupación con el comportamiento de su hijo?  En caso afirmativo, por favor explique: |

|  |
| --- |
| **HISTORIA ESCOLAR** |
| ¿Asistió su hijo al preescolar? Si es así, ¿con quién y dónde? |
| ¿Alguna vez su hijo ha repetido un año? En caso afirmativo, por favor explique: |
| Enumere todas las escuelas a las que ha asistido su hijo y cuándo: |
| ¿Ha asistido su hijo a una escuela fuera de los Estados Unidos?  En caso afirmativo, por favor explique: |
| ¿Ha recibido su hijo servicios de educación especial?  En caso afirmativo, por favor explique: |
| ¿A su hijo le han diagnosticado alguna vez una discapacidad de aprendizaje?  En caso afirmativo, por favor explique: |
| ¿Ha faltado su hijo a la escuela por un período prolongado de tiempo?  En caso afirmativo, por favor explique: |
| ¿Tiene alguna preocupación con el desarrollo de la lectura de su hijo?  En caso afirmativo, por favor explique: |
| ¿Tiene alguna inquietud con el desarrollo del lenguaje escrito de su hijo?  En caso afirmativo, por favor explique: |
| ¿Tiene alguna inquietud con el desarrollo de las habilidades matemáticas de su hijo?  En caso afirmativo, por favor explique: |
| ¿Ha recibido su hijo alguna intervención académica para mejorar sus habilidades?  En caso afirmativo, por favor explique: |
| Utilice este espacio para incluir cualquier inquietud adicional que tenga sobre las habilidades académicas y el desarrollo de su hijo: |

|  |
| --- |
| **INQUIETUDES/COMENTARIOS ADICIONALES DE LOS PADRES:** |
|  |
| Utilice este espacio para incluir cualquier inquietud o comentario adicional que considere importante que el equipo escolar sepa: |

***Gracias por su cooperación y sus amables respuestas.***