

*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.***