



**CASO DE ESTUDIO PARA REFERENCIA ACADEMICA/DE COMPORTAMIENTO INICIAL  
(SAT Forma Académica CH)**

**Familias, favor de completar TODA la información de esta forma:**

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ ID del Estudiante: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Nombre de la persona completando la forma: \_\_\_\_\_  
Relación con el Estudiante: \_\_\_\_\_ Padres o Guardianes: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Dirección de correo: \_\_\_\_\_  
Teléfono de Oficina: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de Emergencia: \_\_\_\_\_

*Las siguientes preguntas son acerca del desarrollo de su hijo y su función en la familia. Sus respuestas nos darán información que forma parte de una evaluación confidencial y comprensiva. Esto será útil para entender factores que han tenido una influencia en el crecimiento de su hijo y su realización en la escuela. Gracias por su cooperación en completar esta forma.*

**Información Familiar**

¿Con quien vive el niño? : \_\_\_\_\_

Nombre(s) de el/los Guardián(es) legales \_\_\_\_\_

¿Su hijo es adoptado?  Si  No ¿Esta en un hogar de cuidado? (Foster care)  Si  No

Estado marital de los padres: \_\_\_\_\_ Edad del niño cuando se separaron sus padres: \_\_\_\_\_

	Madre/Guardián	Padre/Guardián
Nombre		
Ocupación		
Nivel de educación		
Teléfono Celular		
Teléfono de Oficina		
Teléfono de Hogar		
Teléfono Alternativo		

¿Cuántos niños viven en casa?: \_\_\_\_\_ Edades de los niños: \_\_\_\_\_

¿Hay hermanos o hermanas que no vivan en casa? Edades: \_\_\_\_\_

¿Hay otros adultos mayores viviendo en casa? ¿Cuál es su relación con el niño? \_\_\_\_\_

Student's name: \_\_\_\_\_

Por favor indique si alguno de los padres naturales o familiares del niño tuvieron alguna de las siguientes opciones, que pudieron haber contribuido a las dificultades académicas de su hijo:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> adicción al alcohol              | <input type="checkbox"/> evaluación psicológica/psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> adicción de drogas               | <input type="checkbox"/> convulsiones                        |
| <input type="checkbox"/> problemas de aprendizaje         | <input type="checkbox"/> desorden de lenguaje                |
| <input type="checkbox"/> enfermedad mental                | <input type="checkbox"/> abuso/violencia                     |
| <input type="checkbox"/> retraso mental                   | <input type="checkbox"/> discapacidad física                 |
| <input type="checkbox"/> otra discapacidad de aprendizaje | <input type="checkbox"/> otra, especifique _____             |

Por favor especifique los detalles de **cualquier** área marcada en la pregunta anterior:

\_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus preocupaciones de la educación de su hijo?

\_\_\_\_\_

¿Cualquier otra información o preocupación que quiera compartir con el equipo de la escuela de su hijo?

\_\_\_\_\_

¿Su hijo ha recibido alguna vez Educación Especial o asistió a un Programa de Intervención a temprana edad como Head Start?

\_\_\_\_\_

**Información de Salud/Médica/Desarrollo** (*Padres/Guardianes tienen el derecho a no proveer información medica.*)

**Prenatal/Infancia/Historial de Parto**

Edad de la madre al nacimiento del niño: \_\_\_\_\_ Edad del padre al nacimiento del niño \_\_\_\_\_

Si  No ¿La madre visitó al doctor regularmente durante el embarazo?

Si  No ¿Tuvo dificultades durante el embarazo? Por favor explique:

\_\_\_\_\_

Si  No ¿La madre tomó medicamentos durante el embarazo? Por favor explique:

\_\_\_\_\_

Si  No ¿La madre recibió anestesia durante el parto? \_\_\_\_\_

Si  No ¿La madre fumó tabaco durante el embarazo? ¿Cuánto? \_\_\_\_\_

Si  No ¿La madre tomó bebidas alcohólicas durante el embarazo? ¿Cuánto? \_\_\_\_\_

Si  No ¿La madre usó drogas durante el embarazo? Por favor explique:

\_\_\_\_\_

Duración del embarazo \_\_\_\_\_ semanas      Duración del parto \_\_\_\_\_ horas

Si  No ¿Tuvo dificultades durante el parto? Por favor explique:

\_\_\_\_\_

Student's name: \_\_\_\_\_

### **Nacimiento**

Si  No ¿Tuvo complicaciones? (cianosis, meconio, compresión de la médula, etc.) Por favor explique: \_\_\_\_\_

Si  No ¿Trauma al bebé? (falta de oxígeno, soporte vital, problemas cardíacos) Por favor explique: \_\_\_\_\_

Si  No ¿Defectos de nacimiento? Por favor de explique: \_\_\_\_\_

Si  No ¿Hubo ictericia? Por favor explique: \_\_\_\_\_

Si  No ¿El niño fue dado de alta del hospital junto con la madre? Por favor explique: \_\_\_\_\_

Peso al nacer \_\_\_\_\_ lbs. \_\_\_\_\_ oz.

Si  No ¿Alguna dificultad durante la infancia? Por favor explique: \_\_\_\_\_

Si  No ¿Hubieron convulsiones? Por favor explique: \_\_\_\_\_

Si  No ¿Hubo anoxia (falta de oxígeno)? Por favor explique \_\_\_\_\_

Si  No ¿Se utilizó algún soporte de vida? Por favor explique \_\_\_\_\_

Si  No ¿El niño subió de peso consistentemente durante el primer año de vida? Por favor explique: \_\_\_\_\_

### **Historial de Desarrollo**

Por favor estime la edad a la que sucedieron los siguientes logros:

Dijo su primera palabra \_\_\_\_\_

Comió solo \_\_\_\_\_

Dijo su primer enunciado \_\_\_\_\_

Abrochó sus agujetas solo \_\_\_\_\_

Se vistió solo \_\_\_\_\_

Aprendió a sentarse solo \_\_\_\_\_

Abrochó sus botones \_\_\_\_\_

Comenzó a caminar \_\_\_\_\_

Fue al baño solo \_\_\_\_\_

Aprendió a andar en bicicleta \_\_\_\_\_

### **Desarrollo de Habla y Lenguaje**

Por favor marque las áreas de preocupación

\_\_\_ Articulación - como su hijo hace sonidos del habla

\_\_\_ Fluidez- la suavidad con la que fluyen las palabras cuando habla

\_\_\_ Voz - los sonidos de la voz de su hijo (ronca, voz cortada, rasposa, etc.)

\_\_\_ Lenguaje - entendimiento de información, vocabulario, estructura de enunciados

**Por favor conteste las siguientes preguntas:**

**SI NO**

¿Puede su hijo explicar cuando algo está mal?

\_\_\_ \_\_\_

Student's name: \_\_\_\_\_

¿Su hijo interactúa con gente ajena a la familia? \_\_\_\_\_

¿Su hijo habla de los eventos del día, cuentos, películas, etc.? \_\_\_\_\_

¿Su hijo hace preguntas para obtener información? \_\_\_\_\_

¿Su hijo suele frustrarse cuando le trata de decir algo? \_\_\_\_\_

¿Su hijo sabe seguir instrucciones? \_\_\_\_\_

¿Su hijo sabe seguir instrucciones complejas con varios pasos a seguir? \_\_\_\_\_

¿Su hijo puede contestar preguntas de quién, qué, dónde? \_\_\_\_\_

¿Usted u otros tienen dificultad de entender a su hijo? \_\_\_\_\_

¿Las habilidades de lenguaje de su hijo son similares a las de sus hermanos/amigos? \_\_\_\_\_

Por favor describa cualquier preocupación que tenga con las habilidades de habla y lenguaje de su hijo: \_\_\_\_\_

¿Cómo piensa que las habilidades de comunicación del niño afectan su rendimiento académico? \_\_\_\_\_

¿Existe algún factor significativo en el historial de salud de su hijo (salud, social, desarrollo) que pueda estar afectando actualmente sus habilidades de lenguaje? Por favor descríbalos: \_\_\_\_\_

### **Historial Médico y Preocupaciones**

Describe el estado de salud actual de su hijo \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene algún problema de salud crónico o en curso? \_\_\_\_\_

Si contestó si, por favor explique \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene algún diagnóstico médico? Si contestó si, por favor explique \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue el último examen físico de su hijo? \_\_\_\_\_

¿Su hijo toma algún medicamento? Si es así, ¿Cuál y en qué cantidad? ( incluir medicamentos naturistas y medicinas de venta libre). \_\_\_\_\_

¿Quién recetó estas medicinas? \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene prescripción para lentes? \_\_\_\_\_ ¿Usa los lentes? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue el último examen de vista de su hijo? \_\_\_\_\_

¿Su hijo necesita aparatos auditivos? \_\_\_\_\_ ¿Los usa? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue el último examen del oído de su hijo? \_\_\_\_\_

¿Cómo está la coordinación de su hijo? Habilidad motora básica (levantar objetos pequeños) \_\_\_\_\_

Habilidad motora avanzada (caminar, andar en bicicleta) \_\_\_\_\_

Student's name: \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene problemas para controlar la vejiga / intestino? (explique) \_\_\_\_\_

¿Han habido cambios en la salud de su hijo recientemente? \_\_\_\_\_

**Su hijo ha tenido alguno de los siguientes:**

Síndromes	√ Si	Anomalías congénitas múltiples	√ Si	Otras enfermedades o condiciones	√ Si
Síndrome de Down		Síndrome CHARGE		Anemia	
Trisomía 13		Síndrome de alcohol fetal		Problemas Sanguíneos	
Usher's		Hidrocefalia		Diabetes	
Otro Síndrome		Abuso de drogas Maternal		Enfermedad del corazón	
Postnatal		Microcefalia		Presión alta	
Asfixia		Otra anomalía múltiple		Pérdida de conciencia	
Encefalitis		Otra enfermedad o condición		Cansancio extremo	
Lesión en la cabeza		Fiebre		Parálisis	
Meningitis		Convulsiones		Enfermedad de huesos	
Derrame cerebral		Incautación		Problemas alimenticios	
Otro Postnatal		Escarlatina		Problemas para dormir	
Disfunción Prenatal		Fiebre reumática		Problemas en los ojos	
Herpes		Tuberculosis		Problemas de memoria	
Rubéola		Dolores de cabeza frecuentes		Infecciones del oído	
Sífilis		Mareo		Tubos en los oídos	
Toxoplasmosis		Desmayos		Alergias	
Otra Condición Prenatal		Cáncer		Pérdida de conciencia	
		Asma		Cansancio extremo	

Explicación o comentarios adicionales \_\_\_\_\_

**Vida diaria y habilidades sociales**

¿Cuál es la rutina nocturna/después de escuela del niño? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son los intereses y pasatiempos del niño? \_\_\_\_\_

¿Qué le gusta leer al niño? \_\_\_\_\_

¿Ha habido un cambio en la vida del niño o en la escuela que pueda estar causándole estrés?: \_\_\_\_\_

¿Cómo se lleva con sus padres y hermanos? \_\_\_\_\_

Describe las elecciones de su hijo en los amigos (edad, sexo, grupos) \_\_\_\_\_

Student's name: \_\_\_\_\_

¿Cuáles son las responsabilidades del niño en casa? \_\_\_\_\_

### **Antecedentes de Idioma**

¿Qué idiomas se hablan en casa? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el primer idioma del niño? \_\_\_\_\_

¿Cuándo empezó el niño a hablar un segundo idioma? \_\_\_\_\_

¿Qué idioma su hijo: Habla en casa? \_\_\_\_\_ ve en televisión? \_\_\_\_\_

Canta/escucha musica? \_\_\_\_\_ lee/escribe? \_\_\_\_\_

¿La gente suele entenderle al niño la pronunciación del primer idioma? \_\_\_\_\_

¿La gente suele entenderle al niño la pronunciación del segundo idioma? \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha participado en programas para aprender un segundo idioma (ESL, clases bilingües, doble idioma, etc.)?

Si es el caso ¿en cuál programa? \_\_\_\_\_ ¿En qué idioma? \_\_\_\_\_

¿Hace cuánto participo su hijo en el programa? \_\_\_\_\_

Si su hijo ya no asiste a un programa bilingüe explique las razones \_\_\_\_\_

¿Su hijo traduce para alguien de la familia? \_\_\_\_\_ Por favor explique: \_\_\_\_\_

### **Comportamiento y concentración**

¿Su hijo puede hacer tarea solo o necesita ayuda? \_\_\_\_\_

Si necesita ayuda, ¿Cuánta ayuda necesita? \_\_\_\_\_

Si su hijo no tiene tarea, ¿Realiza actividades educacionales (leer páginas de internet educativas, etc.)

¿Su hijo hace su tarea por voluntad propia, o le insiste? \_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo se mantiene concentrado su hijo realizando actividades de su gusto (ver TV, jugando, etc.)?

¿Cómo es el temperamento de su hijo en casa? \_\_\_\_\_

¿Qué le molesta a su hijo? \_\_\_\_\_

¿Qué le preocupa a su hijo? \_\_\_\_\_

Student's name: \_\_\_\_\_

¿Ha habido cambios de comportamiento recientemente? (comer, dormir, humor, actitud, etc.) \_\_\_\_\_

¿Han habido cambios recientemente en la vida de su hijo que pueda estarle causando estrés? \_\_\_\_\_

Marque las expresiones que describan a su hijo:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> experiencias de tristeza extrema                             | <input type="checkbox"/> se enoja fácilmente | <input type="checkbox"/> se lleva bien con otra gente |
| <input type="checkbox"/> frustración fácilmente                                       | <input type="checkbox"/> Falta de atención   | <input type="checkbox"/> tiene buen autoestima        |
| <input type="checkbox"/> amenaza de suicidio  | <input type="checkbox"/> Falta de memoria    | <input type="checkbox"/> hace berrinches              |
| <input type="checkbox"/> cambios de humor   | <input type="checkbox"/> Agresividad         | <input type="checkbox"/> es cariñoso                  |
| <input type="checkbox"/> mentiras   | <input type="checkbox"/> Es antisocial       | <input type="checkbox"/> roba                         |
| <input type="checkbox"/> participa en eventos familiares                              | <input type="checkbox"/> actúa sin pensar    |   |
| <input type="checkbox"/> Participa en eventos de la comunidad (clubes, iglesia, etc.) |  |   |

¿Hay alguna otra información que quisiera compartir acerca del comportamiento de su hijo?

**Historial de educación** - por favor liste TODAS las escuelas a las que su hijo ha asistido y describa dificultades o beneficios que ha obtenido.

Escuelas a las que asistió	Grado	Problemas o progreso	Ayuda o programa provisto

¿Su hijo ha reprobado o avanzado de año? \_\_\_\_\_

¿Qué le ayuda a su hijo a aprender? \_\_\_\_\_

¿Alguien en la familia tiene problemas de comunicación, aprendizaje o comportamiento? \_\_\_\_\_

¿Qué agencias o profesionales de salud mental han evaluado a su hijo? \_\_\_\_\_

Marque si su hijo ha asistido o recibido servicios de alguno de los siguientes:

Student's name: \_\_\_\_\_

\_\_\_Preescolar

\_\_\_Escuela Privada

\_\_\_Agencia (TOTS, MECA, etc.)

\_\_\_Head Start

\_\_\_Guardería

\_\_\_Otro \_\_\_\_\_

\_\_\_Educación en casa

\_\_\_Tutor (describa \_\_\_\_\_)

¿Cómo describiría a su hijo? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son los puntos fuertes de su hijo? \_\_\_\_\_

¿Qué preocupaciones tiene acerca del desarrollo de su hijo y su desempeño académico? \_\_\_\_\_

¿Qué desea para su hijo cuando se convierta en adulto? \_\_\_\_\_

¿Hay alguna otra información que le gustaría compartir con nosotros para entender mejor a su hijo? (Favor de usar la parte trasera de esta hoja si necesita más espacio para escribir) \_\_\_\_\_