



# CASO HISTORIAL DE REFERENCIA AVANZADA (SAT Forma CHG)



Favor de completar TODA la información en esta forma:

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Estudiante: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona completando esta forma: \_\_\_\_\_

Relación al estudiante: \_\_\_\_\_

Padre(s)/Guardián(es): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Domicilio Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Numero de celular: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de emergencia: \_\_\_\_\_

**Las siguientes preguntas son relevantes al desarrollo y función de su hijo/a dentro de la familia. Sus respuestas nos proveerán de información como parte de la evaluación comprensiva y confidencial. Esta información será útil en entender los factores que influenciaron en el desarrollo de su hijo/a y logros en la escuela. Gracias por su cooperación en completar esta forma.**

## Información sobre la Familia

Con quien vive su hijo/a: \_\_\_\_\_

Nombre(s) de Guardián(es) legal(es): \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a es adoptado?  Si  No

Esta esté hijo/a puesto/a en adopción  Yes  No

Estatus Marital de los padres: \_\_\_\_\_ Edad de hijo/a cuando ocurrió la separación: \_\_\_\_\_

	Madre/Guardián	Padre/Guardián
Nombre		
Ocupación		
Grado más alto cumplido		
Número de celular		
Número del trabajo		
Número de casa		
Número alternativo		

Cuantos hijos en casa: \_\_\_\_\_

Edad de los hijos: \_\_\_\_\_

¿Hay algunos hermanos o hermanas que no viven en casa? Favor de listar las edades: \_\_\_\_\_

¿Hay algún otro adulto que vive en casa? ¿Cuál es la relación con su hijo/a? \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

¿Quién está solicitando esta evaluación? Padre \_\_\_\_\_ Maestra/o \_\_\_\_\_ Los Dos \_\_\_\_\_

¿Ha sido referido su hijo/a para examinar anteriormente? \_\_\_ Si \_\_\_ No

¿Si es así, que tipo de examen fue? \_\_\_ Avanzado \_\_\_ Académico \_\_\_ De Conducta/Comportamiento

\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

¿Cuál fue el resultado del examen? \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces se le ha solicitado este examen a su hijo/a? \_\_\_\_\_

¿Si su hijo ha sido examinado antes y no califico, que son sus expectativas de otra evaluación?

¿Si su hijo califica para servicios avanzado, cuáles son sus expectativas? \_\_\_\_\_

¿Qué es lo que más le preocupa sobre la educación de su hijo/a? \_\_\_\_\_

Por favor describa los puntos fuertes (talentos) de su hijo/a: \_\_\_\_\_

Por favor describa las áreas de desafío (dificultades) de su hijo/a: \_\_\_\_\_

¿Qué es lo que más le gusta de criar a este hijo/a? \_\_\_\_\_

¿Qué es lo que encuentra más difícil de criar a este hijo/a? \_\_\_\_\_

¿Alguna otra información que le preocupe o quisiera compartir con el equipo escolar de su hijo/a? \_\_\_\_\_

**Información: Medica/de Desarrollo/de Salud** (Padres/Guardianes tienen el derecho de no revelar información médica.)

**Historial: Prenatal/de Infancia/de Parto**

¿Hubo complicaciones durante embarazo, el parto, o nacimiento? \_\_\_ NO \_\_\_ SI

Si es así, favor de explicar: \_\_\_\_\_

**Historial del Desarrollo:**

Por favor estime la edad de logro para las siguientes etapas:

Dijo la primera palabra \_\_\_\_\_

Se alimentó solo/a \_\_\_\_\_

Dijo su primera oración \_\_\_\_\_

Se amarró las cintas \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Se vistió solo/a \_\_\_\_\_

Se sentó solo/a \_\_\_\_\_

Botonó la blusa/camisa \_\_\_\_\_

Camino por primer vez \_\_\_\_\_

Entreno para ir al baño \_\_\_\_\_

Aprendió a montar su bicicleta \_\_\_\_\_

Usted describiría el total desarrollo ocurriendo (por favor de circular una): TEMPRANO PROMEDIO TARDE

**Desarrollo del Habla y lenguaje** Por favor marque área de preocupación:

\_\_\_\_\_ Articulación – Como su hijo/a dice sus sonidos del habla

\_\_\_\_\_ Fluidez – que tan suave fluyen las palabras cuando él/ella habla

\_\_\_\_\_ Voz – como suena la voz de su hijo/a (ronco, susurrante, rasposa, etc.)

\_\_\_\_\_ Lenguaje – entendimiento de información, vocabulario, estructura de oración, y gramática.

Favor de describir cualquier preocupación que tiene con el desarrollo del habla o lenguaje de su hijo/a: \_\_\_\_\_

¿Cómo siente que las habilidades de comunicación de su hijo/a afectan como hace en la escuela? \_\_\_\_\_

¿Hay algunos factores significantes en el historial de salud de su hijo/a (de salud, social, de desarrollo) que puedan estar afectando las habilidades de comunicación en este momento? Por favor descríbalas: \_\_\_\_\_

### **Historial Médico y Preocupaciones**

Describa el estatus de la salud presente \_\_\_\_\_

¿Tiene problemas de salud crónica o duradera su hijo/a? \_\_\_\_\_

Si es así, favor de explicar \_\_\_\_\_

¿Tiene algún diagnóstico médico su hijo/a? si es así, favor de explicar \_\_\_\_\_

¿Toma algún medicamento su hijo/a? ¿Si es así, cual y cuánto? (Incluya medicina natural y sin receta).

¿Quién receta este medicamento? \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna receta para lentes/gafas su hijo/a? \_\_\_\_\_ ¿las usa él/ella? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue el último examen de la visión? \_\_\_\_\_

¿Necesita aparatos auditivos su hijo/a? \_\_\_\_\_ ¿si es así, los usa él/ella? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue el último examen auditivo? \_\_\_\_\_

¿Cómo es la coordinación de su hijo/a? Motricidad Fina (ejemplo: recogiendo objetos pequeños)

Motricidad gruesa (ejemplo: caminar, montar en una bicicleta) \_\_\_\_\_

¿Tiene algún problema sobre el control de la vejiga o intestino? \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

¿Ha habido cambios recientemente de la salud de su hijo/a? \_\_\_\_\_

**Vida Cotidiana de su Hijo/a y Habilidades Sociales**

¿Cómo es la rutina después de la escuela, por la tarde y a la hora de ir a dormir? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son los intereses favoritos, habilidades, o pasatiempos que a su hijo/a le gustan? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son los intereses para leer de su hijo/a? \_\_\_\_\_

¿Ha cambiado algo en la casa, escuela o en la vida de su hijo/a que le pueda estar causando estrés? Por favor explique: \_\_\_\_\_

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

Describa las elecciones de su hijo/a hacia amigos/as (edad, género, grupos): \_\_\_\_\_

¿Cuáles son las responsabilidades de su hijo/a en la casa? \_\_\_\_\_

**Origen del lenguaje**

¿Cuáles lenguaje(s) se hablan en su casa? \_\_\_\_\_

¿Cuál lenguaje fue el primero que aprendió a hablar su hijo? \_\_\_\_\_

¿Cuándo empezó a aprender su hijo/a un segundo lenguaje? \_\_\_\_\_

¿En cuál lenguaje: habla su hijo/a en casa? \_\_\_\_\_ ¿Ve televisión? \_\_\_\_\_

¿Canta/escucha música? \_\_\_\_\_ ¿Lee/escribe? \_\_\_\_\_

¿Qué tan bien pueden otras personas entender la pronunciación de él/ella en el primer lenguaje? \_\_\_\_\_

¿Qué tan bien pueden otras personas entender la pronunciación de él/ella en el segundo lenguaje? \_\_\_\_\_

¿Ha participado su hijo/a en programas para aprender un segundo lenguaje como: (ESL, Clases Bilingües, etc.)? ¿Si es así, cual programa? \_\_\_\_\_ ¿Cuál lenguaje? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo participo su hijo/a en el programa de segundo lenguaje? \_\_\_\_\_

Si su hijo/a ya no está participando en un programa de segundo lenguaje, por favor explique porque \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a interpreta para algún miembro de la familia? \_\_\_\_\_ Si es así, por favor

describa \_\_\_\_\_

---

**Comportamiento y Duración de Atención**

¿Su hijo/a puede terminar su tarea solo/a o necesitan ayuda? \_\_\_\_\_

¿Si él/ella necesita ayuda con su tarea, cuanta ayuda necesitan? \_\_\_\_\_

¿Si su hijo no tiene tarea, él/ella trabaja en algo asociado con la escuela (leyendo, usando sitios de internet  
educacionales, etc.)? \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a empieza hacer la tarea de buena gana o se resiste en empezarla? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo dura su hijo/ a enfocado/a en un trabajo que a él/ella le gusta (ver televisión, jugar un juego, etc.)? \_\_\_\_\_

---

¿Cuál es el humor general en casa? \_\_\_\_\_

¿Qué le molesta a su hijo? \_\_\_\_\_

¿Qué le preocupa a el/ella? \_\_\_\_\_

¿Ha habido algunos cambios recientes en su comportamiento (al comer, dormir, actitud, humor, etc.)? \_\_\_\_\_

---

Hay alguna otra información que le gustaría compartir sobre el comportamiento de su hijo/a o lapso de  
atención? \_\_\_\_\_

---

**Historial de Educación** –Por favor liste **TODAS** las escuelas que su hijo/a ha atendido y describa alguna dificultad de  
enriquecimiento que él/ella recibió.

<b>Escuelas que Asistió</b>	<b>Grado</b>	<b>Problemas o Progreso</b>	<b>Ayuda o Programa Proveído</b>

¿Ha repetido o avanzado alguna clase o grado su hijo/a? \_\_\_\_\_

¿Qué le ayuda a su hijo/a aprender de la mejor manera? \_\_\_\_\_

¿Han tenido algunos miembros de la familia dificultades en comunicación, aprendizaje, o de comportamiento? \_\_\_\_\_

---

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

¿Cuáles agencias o profesionales de ayuda mental han trabajado o evaluado con su hijo/a? \_\_\_\_\_

---

Por favor de marcar el indicado de lo siguiente si su hijo ha asistido o recibido servicios en lo siguiente:

- Pre escolar                       Escuela Privada                       Agencia (TOTS, MECA, etc.)
- Head Start                       Guardería                       Otro \_\_\_\_\_
- Estudiado en casa                       Tutor (describa)

---

¿Hay alguna otra información que usted quiere que nosotros sepamos para mejor entender a su hijo/a? (Favor de usar la página de atrás si es necesario) \_\_\_\_\_