

Formulario de Aportación de los Padres

Evaluación Individual Completa (FIE)

* Indica un campo obligatorio. Por favor complete todas las secciones de la manera más detallada posible. Su aportación es una parte importante para comprender las necesidades de su hijo/a.

Información General

Fecha *

mm/dd/aaaa

Su nombre (Padre/Madre/Tutor) *

Nombre del estudiante *

Idioma(s) del hogar *

¿Cómo apoya a su hijo/a en casa? (ej. ayuda con la tarea, leer juntos, tutoría) *

Mencione dos o tres cosas que su hijo/a disfruta en su tiempo libre (actividades, personajes, objetos, etc.): *

Mencione dos o tres palabras positivas que describan a su hijo/a: *

¿Cómo aprende mejor su hijo/a en casa? (Marque todas las que correspondan) *

Visual (cosas que ve o lee)

Auditivo (cosas que escucha)

Kinestésico (manos a la obra)

Información Familiar y Sociológica

Por favor describa cualquier historial familiar conocido de discapacidad o dificultades escolares. Si no hay ninguno, escriba N/A.

*

Hermanos/as que viven en el hogar (nombre y edad):

Otras personas que viven en el hogar (nombre, relación, edad):

¿Han ocurrido eventos o cambios significativos en los últimos tres años? Si es así, explique cómo puede haber afectado a su hijo/a.

Comunicación y Desarrollo del Lenguaje

¿Tiene alguna preocupación sobre la comunicación o el habla de su hijo/a? *

Sí

No

¿A qué edad comenzó su hijo/a a decir palabras sueltas? *

A los 12 meses o antes

Entre 12 y 18 meses

Después de los 18 meses

No estoy seguro/a

¿A qué edad comenzó su hijo/a a decir frases de 4 a 5 palabras? *

A los 18 meses o antes

Entre 18 y 24 meses

Después de los 24 meses

No estoy seguro/a

¿A qué edad comenzó su hijo/a a hablar en oraciones completas? *

Antes de los 3 años

Entre 4 y 5 años

Después de los 5 años

No estoy seguro/a

Historia de Salud y Médica

Peso al nacer *

Edad actual *

¿Hubo alguna dificultad durante el embarazo o el parto? Si es así, por favor describa.

¿Hubo alguna dificultad al nacer? (ej. cianosis, ictericia, convulsiones, dificultades respiratorias)

¿A qué hora se acuesta su hijo/a? ¿Tiene dificultad para conciliar o mantener el sueño?

Por favor liste cualquier hospitalización o cirugía que haya tenido su hijo/a:

¿A qué edad se sentó su hijo/a de forma independiente? *

Antes de los 6 meses

Entre 6 y 9 meses

Después de los 9 meses

No estoy seguro/a

¿A qué edad comenzó su hijo/a a caminar de forma independiente? *

Antes de los 12 meses

Entre 12 y 18 meses

Después de los 18 meses

No estoy seguro/a

¿A qué edad su hijo/a aprendió a usar el baño solo/a? *

- Entre 12 y 24 meses Entre 2 y 3 años Después de los 3 años No estoy seguro/a

¿Tiene alguna preocupación sobre las habilidades motoras finas o gruesas de su hijo/a? *

- Sí No

Anote cualquier problema de salud o condición actual que pueda afectar el desempeño educativo de su hijo/a: *

Marque cualquier condición de salud que su hijo/a haya tenido:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Alergias alimentarias |
| <input type="checkbox"/> Amigdalitis | <input type="checkbox"/> Escarlatina | <input type="checkbox"/> VSR (bronquiolitis) |
| <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Encefalitis |
| <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Erupciones/Infecciones cutáneas | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Resfriados frecuentes | <input type="checkbox"/> Dolor de garganta frecuente | <input type="checkbox"/> Infecciones de oído |
| <input type="checkbox"/> Infecciones oculares | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes/severos |

¿Su hijo/a toma algún medicamento actualmente? Si es así, liste el nombre del medicamento y la condición que trata:

Información Emocional y de Comportamiento

¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su hijo/a? *

- Sí No

Describa la actitud general de su hijo/a hacia la escuela: *

¿Qué hace que su hijo/a se sienta frustrado/a o enojado/a? *

Marque todos los comportamientos que apliquen a su hijo/a:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Evita las tareas | <input type="checkbox"/> Berrinches / rabietas | <input type="checkbox"/> Deprimido/a o infeliz |
| <input type="checkbox"/> Lloro con facilidad | <input type="checkbox"/> Es responsable | <input type="checkbox"/> Esconde sus sentimientos |
| <input type="checkbox"/> Requiere supervisión constante | <input type="checkbox"/> Poca capacidad de atención | <input type="checkbox"/> Falta de motivación |

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Muy sensible | <input type="checkbox"/> Busca aprobación excesiva | <input type="checkbox"/> Demanda atención |
| <input type="checkbox"/> Impulsivo/a o sin autocontrol | <input type="checkbox"/> Hiperactivo/a | <input type="checkbox"/> Con poca energía |
| <input type="checkbox"/> Nervioso/a o ansioso/a | <input type="checkbox"/> Se desanima o frustra fácilmente | <input type="checkbox"/> Desorganizado/a |
| <input type="checkbox"/> Poco afectuoso/a | <input type="checkbox"/> Reacciona exageradamente | <input type="checkbox"/> Le cuesta conocer gente nueva |
| <input type="checkbox"/> Le cuesta adaptarse a cambios | <input type="checkbox"/> Respetuoso/a con los demás | <input type="checkbox"/> Hace y mantiene amistades |
| <input type="checkbox"/> Le importa el bienestar de otros | <input type="checkbox"/> Desafiante / no obedece | <input type="checkbox"/> Teme experiencias nuevas |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para seguir instrucciones | <input type="checkbox"/> Se distrae fácilmente | <input type="checkbox"/> Dificultad con señales sociales |

Historial Académico

¿Tiene alguna preocupación sobre el desempeño académico de su hijo/a? *

- Sí No

¿Su hijo/a asistió al preescolar? *

- Sí No

¿Su hijo/a ha repetido algún grado escolar? *

- Sí No

¿Su hijo/a ha recibido tutoría externa o apoyo académico en la escuela? *

- Sí No

Si respondió que sí, describa el tipo de apoyo y por cuánto tiempo se proporcionó:

Escalas de Calificación

Usando la escala a continuación, califique las habilidades de su hijo/a en cada área. Marque solo una calificación por fila.

Escala: 1 — Gran preocupación 2 — Algo de preocupación 3 — Promedio 4 — Por encima del promedio

5 — Muy por encima del promedio

	1 Muy por debajo del promedio (gran preocupación)	2 Por debajo del promedio (algo de preocupación)	3 Promedio (sin preocupación)	4 Por encima del promedio	5 Muy por encima del promedio
Comunicación					
Claridad del habla / Pronunciación de sonidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Calidad de la voz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Comunicación	1 Muy por debajo del promedio (gran preocupación)	2 Por debajo del promedio (algo de preocupación)	3 Promedio (sin preocupación)	4 Por encima del promedio	5 Muy por encima del promedio
Comprensión del significado de las palabras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seguimiento de instrucciones orales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comprensión de conversaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recuerda información recién escuchada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso de vocabulario adecuado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso de gramática adecuada para ser entendido/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se expresa con fluidez cuando se le pide hablar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Narra una secuencia de eventos en orden (cuenta un cuento)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organiza y comunica ideas e información	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso de lenguaje socialmente apropiado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capaz de expresar sus necesidades y deseos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Conducta Adaptativa	1 Muy por debajo del promedio (gran preocupación)	2 Por debajo del promedio (algo de preocupación)	3 Promedio (sin preocupación)	4 Por encima del promedio	5 Muy por encima del promedio
Cuida sus pertenencias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realiza quehaceres apropiados para su edad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se viste y baña solo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ordena su propia comida en un restaurante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayuda en el hogar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuida su higiene personal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Limpia después de sí mismo/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabaja de forma independiente en sus proyectos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Habilidades Académicas	1 Muy por debajo del promedio (gran preocupación)	2 Por debajo del promedio (algo de preocupación)	3 Promedio (sin preocupación)	4 Por encima del promedio	5 Muy por encima del promedio
Habilidades básicas de lectura (nombres y sonidos de letras, decodificación de palabras)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fluidez lectora (lee de manera fluida y a un ritmo adecuado)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comprensión lectora (entiende lo que lee)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Expresión escrita / Escritura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escritura a mano (caligrafía)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Habilidades Académicas	1 Muy por debajo del promedio (gran preocupación)	2 Por debajo del promedio (algo de preocupación)	3 Promedio (sin preocupación)	4 Por encima del promedio	5 Muy por encima del promedio
Cálculo matemático	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Resolución de problemas matemáticos (problemas con palabras)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comprensión auditiva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ortografía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Comentarios Adicionales o Preocupaciones

Por favor comparta cualquier otra información que le gustaría que el equipo de evaluación supiera sobre su hijo/a:

Gracias por tomarse el tiempo de completar este formulario. Su aportación es valiosa y se utilizará como parte de la Evaluación Individual Completa (FIE) de su hijo/a. Si tiene preguntas, por favor comuníquese con el/la diagnosticador/a de su hijo/a.