

Entrada de Padres para Sección 504 Evaluación

La información requerida asistirá grandemente al Comité §504 en la evaluación de su hijo. Si usted tiene información adicional que quiere que el Comité considere (y que no es requerida aquí) por favor adjunte paginas adicionales. **Descuide cualquier pregunta que lo/la haga sentir incomodo/a.** Si usted prefiere proveer esta información por teléfono, por favor comuníquese con _____ al _____.

Nombre del estudiante:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Teléfono:
Escuela:	Año escolar:

Información General		
Nombre de madre:		
Ocupación:	Nivel de Educación	
Nombre del Padre		
Ocupación:	Nivel de Educación	
¿Con quien vive el estudiante?	¿Relación al estudiante?	
Otros niños en casa (adjunte pagina adicional si es necesario)		
Nombre	Edad	Relación
Otros adultos en la casa del estudiante	Relación al estudiante	
¿Tiene algún miembro de la familia problemas para aprender? Si SÍ, por favor explique		
Comparado a otros hijos en la familia, el desarrollo de este hijo fue: (marque uno)		
Lento	Igual	Rápido
A que edad, en meses, fue el estudiante capaz de hacer lo siguiente:		
Sentarse sin apoyo	Gatear	Caminar sin apoyo
Usar una cuchara bien	Primer palabra	Razonablemente entrado al baño

Las Amistades y actividades del estudiante			
Prefiere el estudiante jugar/socializar con	Niñas	Niños	No hay preferencia
Tiene el estudiante amigos/as de su edad?	Sí	No	
Tiene el estudiante amigos/as que son mas joven?	Sí	No	
Tiene el estudiante amigos/as que son mayores que el estudiante?	Sí	No	

El Estudiante en Casa					
Por favor marque cada ítem disponible para el uso del estudiante en casa:					
Computadora		Libros		Grabadora	CD toca disco
Video juegos		Televisión		Juegos educativos	Radio
¿Que tipo de actividades hace tu familia juntos? (Leer, jugar juegos, acampar, etc.)					
¿Ha habido algún cambio importante dentro de la familia durante los últimos tres años. (Por ejemplo, cambios, movimiento, nacimientos, muertes, enfermedades serias, separaciones, divorcio)					
¿Con quien en la familia esta el estudiante mas particularmente cerca?					
¿Ha estado el estudiante separado de la familia debido a problemas familiares, razones de salud, etc.? Si, SÍ, por favor explique.					
¿Cómo reacciono el estudiante a la separación?					
Describa el comportamiento del estudiante en casa con compañeros, hermanos, vecinos y padres. (Por ejemplo, ¿es el estudiante bien comportado? ¿Social? ¿Cariñoso? ¿Retirado?)					
¿Qué métodos de disciplina son usados con este estudiante en casa? (Por ejemplo, una nalgada, trabajos extra, a cama temprano, quitar privilegios; se le dan premios por buen comportamiento?)					
¿Cómo reacciona el estudiante a la disciplina?					
¿Quién le da usualmente la disciplina al estudiante en casa?					
El idioma primario en la casa es:					
¿Cuánto tiempo ha vivido el estudiante en los Estados Unidos?					
¿A qué hora va el estudiante a cama por la noche? ¿Come almuerzo el estudiante?					
¿Qué hace el estudiante cuando no esta en la escuela? (Por favor haga una lista de las actividades del estudiante común dentro y fuera.)					
¿Tiene su estudiante un trabajo parcial después de la escuela o en los fines de semana? Si SÍ, por favor provea el numero promedio de horas que trabaja por semana.					

El Estudiante en la Escuela			
¿Ha hablado su estudiante con usted sobre dificultades o problemas en la escuela? Por favor explique:			
¿Piensa que su estudiante tiene dificultades en la escuela?			
		Sí	No
Si usted piensa que su estudiante tiene dificultades, por favor explique sus preocupaciones.			

<p>¿Qué piensa que es la causa de las dificultades del estudiante en la escuela?</p> <p>¿Cuándo notó las dificultades por primera vez?</p>
<p>Si usted ha discutido sobre estas preocupaciones con la escuela, por favor indique cuando y con quien compartió sus preocupaciones:</p>
<p>¿Si su estudiante califica para la Sección 504, que servicios o acomodaciones piensa que son necesarias para que el estudiante pueda participar y beneficiar de la escuela?</p>

Niñez & Historia Médica				
¿Ha tenido su estudiante alguno de los siguientes?	Nunca	¿Empezó a la edad?	¿Termino a la edad?	Todavía tiene problemas
Fiebre frecuentes				
Frecuentes dolores de oído				
Frecuente vomito				
Se chupa el dedo				
Pesadillas				
Camina dormido				
Golpea la cabeza				
Mece el cuerpo				
Rechina los dientes				
Moja la cama				
Se muerde las uñas				
Berrinches				
Se va de la casa				
Perdida de conciencia				
Convulsiones				
Tratamiento Médico al Corriente y Medicación				
<p>Reportes médicos, cartas y diagnosticas pueden ser de gran ayuda al Comité 504. Por favor adjunte la historia médica del estudiante para que el Comité pueda tener un cuadro completo de su hijo. Si prefiere, puede darle al Distrito consentimiento escrito para buscar los record de sus doctores directamente.</p> <p>Por favor notifique _____ (Coordinador 504) al _____ para obtener la forma necesaria.</p>				
<p>Por favor identifique cualquier problema médico por el cual su estudiante esta recibiendo cuidado médico:</p>				
<p>¿Aparece su hijo/a tener algún otro problema de salud por el cual el/ella no esta recibiendo medico actual?</p>				
<p>Por favor haga una lista de todos los medicamentos tomados actualmente por su hijo/a (con prescripción o sin prescripción).</p>				
<p>Por favor describa cualquier efecto secundario que le cause al su hijo/a estos medicamentos.</p> <p>Por favor identifique cualquier medicamento(s) tomado por su hijo/a por más de un año:</p>				
<p>Por favor describa cualquier hospital donde se haya quedado su hijo/a, incluyendo fecha, razón por la queda, la duración y el resultado de tratamiento.</p>				

¿Tiene su hijo una condición médica o enfermedad con síntomas que son algunas veces mas serias que otras veces? Si SÍ, por favor conteste las preguntas siguientes:

¿Qué es el nombre de la condición o enfermedad?

¿Cuándo y que tan seguido es la condición o enfermedad del problema de su hijo?

¿Cómo afecta la condición o enfermedad a su hijo cuando los síntomas son mas severos?

¿Tenía su hijo una condición médica o enfermedad seria que ha ido? Si SÍ, por favor conteste las siguientes preguntas:

¿Qué es el nombre de la condición o enfermedad que su hijo solía tener?

¿Cuándo sufrió su hijo de la condición o enfermedad?

¿Cómo afecto la condición o enfermedad a su hijo cuando los síntomas eran serios?

¿Cuándo seria que regrese la condición o enfermedad?

¿Hay alguna otra información sobre su hijo/a o la familia que usted quiera que considere el Comité Sección 504 cuando avalúen a su estudiante para elegibilidad Sección 504? Si es así, por favor provea eso aquí.

Firma de Padre

Fecha

Firma y Posición de persona asistiendo (si hay)

Fecha