

· **Sección 504 – Participación de los Padres/Tutor(es)**

El propósito de la traducción de este material al idioma Español, es proveer una herramienta de apoyo al público en general que no habla Inglés, pero podrían existir diferencias en la traducción.

Estudiante: _____ Escuela: _____ Fecha: _____
ID del Estudiante: _____ Grado: _____ Fecha de Nacimiento: _____

La información solicitada ayudará al Comité §504 en la evaluación de su hijo(a). Si tiene información adicional que desee que el comité considere, como evaluaciones privadas, no dude en adjuntarlas como páginas adicionales. Haga caso omiso a cualquier pregunta que lo haga sentirse incómodo. Si prefiere proporcionar esta información por teléfono, contáctese con _____ al _____.

Información proporcionada por: _____
(Nombre)

Parentesco con el estudiante: _____

I. INFORMACION DE LOS CONTACTOS:

Contacto Principal

Nombre: _____
Parentesco: _____
Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____

Contacto Adicional

Nombre: _____
Parentesco: _____
Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____

Contacto Adicional

Nombre: _____
Parentesco: _____
Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____

Contacto Adicional

Nombre: _____
Parentesco: _____
Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____

¿Con quién vive el estudiante? _____

¿Quién tiene autoridad legal para tomar las decisiones educativas para este niño(a)? _____

Otros Niños en Casa:

Nombre	Edad	Parentesco
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Otros Adultos en Casa:

Nombre	Parentesco
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Idioma principal hablado en casa: _____

¿Hay otros idiomas hablados en casa y por quién? _____

II. HISTORIA FAMILIAR

SI NO ¿Alguien de la familia ha tenido problemas con las matemáticas, lectura o escritura? Si es así, ¿quién y cuál fue la dificultad? _____

SI NO ¿Alguna vez alguien en su familia ha sido diagnosticado con problemas de aprendizaje? Si es así, ¿cuál es el diagnóstico y el parentesco con su hijo(a)? _____

SI NO ¿Alguna vez alguien en su familia ha sido diagnosticado con Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad? Si es así, ¿cuál es el parentesco con su hijo(a)? _____

SI NO ¿Hubo algún cambio importante dentro de la familia durante los últimos tres años (por ejemplo, cambios de trabajo, mudanzas, divorcio o separación, nacimientos, muertes, enfermedades, etc.)? Si es así, favor de describirlo. _____

III. EL ESTUDIANTE EN CASA

¿Qué hace su hijo(a) cuando no está en la escuela? (Indique las actividades comunes del estudiante en el interior y al aire libre) _____

¿Le parece que su hijo(a) tiene amigos? ¿Es más o menos social que un niño(a) típico de la misma edad? _____

Favor de describir el comportamiento de su hijo(a) en casa (por ejemplo, ¿se porta bien en

general? ¿Se lleva bien con los miembros de la familia, vecinos y compañeros?) _____

¿Cuáles son algunas de las cualidades de su hijo(a)? _____

IV. HISTORIA MÉDICA Y DE DESARROLLO

Los comentarios, cartas y diagnósticos del médico pueden ayudar al Comité §504 a tener una visión más completa de su hijo(a). Si es necesario, el distrito puede solicitar su consentimiento por escrito para obtener la información directamente de su médico.

Describa cualquier problema asociado con el nacimiento de su hijo(a). _____

Comparado con otros niños en la familia, el desarrollo del niño(a) era:
 _____ más lento _____ casi el mismo _____ más rápido

SI NO ¿Su hijo(a) actualmente está bajo el cuidado de un médico por un problema médico? Si es así, describa el problema: _____

SI NO ¿Su hijo(a) actualmente toma algún medicamento (ya sea recetado o sin receta)? Si es así, indique cuáles y su frecuencia:

Nombre de la medicina	Médico que la prescribe	¿Por cuánto tiempo la ha estado tomando su hijo (a)?	Dosis/Frecuencia	Efectos secundarios

- SI NO ¿Su hijo(a) tiene asma? Si es así, ¿cómo la está tratando? _____

- SI NO ¿Tu hijo(a) tiene alergias? Si es así, ¿a qué? _____
¿Con qué frecuencia son las reacciones? _____
¿Cuáles son los síntomas de la reacción? _____
¿Cómo se tratan las reacciones? _____
¿Cuándo fue la última reacción? _____
- SI NO ¿Alguna vez su hijo(a) ha estado gravemente o crónicamente enfermo u hospitalizado? En caso afirmativo, favor de explicar. _____

- SI NO ¿Su hijo(a) tiene una afección o enfermedad con síntomas que a veces son más graves que en otros momentos? Si es así, ¿cuál es el nombre de la afección o enfermedad? _____

¿Cuándo y con qué frecuencia la afección o enfermedad es un problema para su hijo(a)? _____

¿Cómo influye la afección o enfermedad a su hijo(a) cuando los síntomas son más graves (hay cosas que él o ella no puede hacer o que son más difíciles debido a la afección o enfermedad)? _____

- SI NO ¿Su hijo(a) tiene una afección médica grave o una enfermedad (como cáncer) que se haya desaparecido? Si es así, ¿cuál era la afección o enfermedad? _____

¿Cuándo sufrió su hijo esta afección o enfermedad? _____
¿Cómo influyó la afección o enfermedad a su hijo(a) cuando los síntomas eran muy graves? _____

¿Es probable que la afección o enfermedad regrese? _____
- SI NO ¿Alguna vez su hijo(a) ha sido retenido en el mismo grado(s) y, de ser así, qué grado(s)? _____
- SI NO ¿Alguna vez a su hijo(a) le han diagnosticado una discapacidad de aprendizaje? Si es así, ¿de qué tipo y cuándo? _____

- SI NO ¿Su hijo(a) tiene ADD (Trastorno de Déficit de Atención)/ADHD (Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad)? En caso afirmativo, ¿está tomando medicamentos y, de ser así, cuál, qué dosis y cuándo? _____

¿Ha mencionado su hijo(a) problemas en la escuela? Si es así, ¿qué ha mencionado? _____

¿Cree que su hijo(a) tiene un problema? Si es así, ¿qué problema cree que tiene? _____

V. LISTA DE CONTROL DE COMPORTAMIENTO

Califique el grado en que su hijo(a) muestra las siguientes características (encierre en un círculo su respuesta): N - nunca, casi nunca; S - a veces; F - con frecuencia; A - casi siempre	
¿Muestra buena habilidad verbal? (buen conversador, narrador, etc.)	N S F A
¿Entiende lo que leyeron o le contaron?	N S F A
¿Le pide que repita las palabras u oraciones?	N S F A
¿Muestra poca habilidad de lectura?	N S F A
¿No entiende lo que lee?	N S F A
¿Deletrea mal?	N S F A
¿Tiene problemas con las matemáticas?	N S F A
¿Tiene dificultad con la resta, la multiplicación?	N S F A
¿Tiene mala memoria?	N S F A
¿Tiene poca habilidad para escribir a mano?	N S F A
¿Demuestra malas habilidades de organización?	N S F A
¿Sueña despierto(a)?	N S F A
¿Tiene un lapso de atención corto?	N S F A
¿Actúa impulsivamente?	N S F A
¿Considera que es hiperactivo(a)?	N S F A
¿Tiene problemas para seguir instrucciones?	N S F A
¿Actúa de manera inmadura?	N S F A
¿No se lleva bien con sus compañeros?	N S F A
¿Actúa en contra de sus padres/otros adultos?	N S F A
¿No toma en cuenta las consecuencias de la conducta?	N S F A
¿Muestra mal humor o enojo excesivo?	N S F A
¿Parece hipersensible? (sus sentimientos se hieren fácilmente)	N S F A
¿Se molesta cuando se cambia la rutina?	N S F A
¿Parece sensible a los sentimientos de los demás? (refleja el dolor, la alegría y la ansiedad de los demás)	N S F A
¿Dice que no le gusta la escuela?	N S F A

Si su hijo(a) es elegible para §504, ¿qué servicios o adaptaciones cree que son necesarios para que su hijo(a) pueda participar y beneficiarse de la escuela?

Utilice el espacio a continuación y en la parte posterior de la hoja para incluir cualquier información adicional que considere que nos ayudará a tomar una determinación con respecto a su hijo(a).