

CO-0010



foto 2x2

St. Michael's School Counseling Department

-Formulario para padres-

Sírvase leer con cuidado toda la información solicitada. Esta información es confidencial y del uso exclusivo del Departamento de Psicología. La claridad y honestidad de sus respuestas nos hará conocer mejor a su hijo(a). Si tiene alguna pregunta no dude en comunicarse con nosotros al 563-1707 ext. 814

The Counseling Department

NOMBRE COMPLETO ESTUDIANTE: _____

St. Michael's School
Counseling Department
Estudiantes de Nuevo Ingreso



Nombre _____ Fecha nacimiento ____/____/____ Edad ____
DD MM AA

Nombre y apellido de la madre _____ Edad ____

Nombre y apellido del padre _____ Edad ____

Año escolar para el que aplica _____

Fecha _____ Informante(s) _____

Fecha Evaluación Psicológica _____ Fecha de hoy _____

I. DATOS GENERALES:

Sabe Inglés? Sí No Lengua Materna _____

Idioma que se habla en la casa _____

Teléfonos de contacto, Madre: Casa _____ Oficina _____ Cel. _____

Padre: Casa _____ Oficina _____ Cel. _____

Persona que cuida al niño (a) en ausencia de los Padres _____

Edad _____

II. INFORMACION FAMILIAR:

Horario de Trabajo de la madre _____ Ocupación _____ El estudiante vive con ella: Sí No

Horario de Trabajo del padre _____ Ocupación _____ El estudiante vive con él: Sí No

Situación marital:

Casados _____, Separados _____ Divorciados _____ Otra _____

Tiempo juntos _____ Con quién vive el niño/a _____

Reacciones ante separaciones o divorcios _____

Padrastro/Madrastra Sí No Vive con el/ella _____

Nombre padrastro (madrastra) _____ Edad _____ Ocupación _____

Teléfono _____

Se involucra con el niño/a _____

Hermanos/as

Nombre	Sexo	Edad	Grado	Colegio / ocupación
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Ha sido agregado algún nuevo miembro a la familia? ¿Quién?

Relación del niño (a) con los hermanos (as) _____

Relación del hijo(a) con el padre _____

Relación del hijo(a) con la madre _____

Ha sufrido la familia algún cambio, como enfermedades, muerte, mudanza (número) o evento traumático que pueda afectar del desarrollo escolar de su hijo? (explicar)

III. NACIMIENTO Y DESARROLLO:

Complicaciones durante el embarazo, en el parto, después de parto (diabetes, hipertensión, etc.)

Cesárea _____ causa de la cesárea _____

Peso al nacer _____ libras Periodo gestarío _____

Dificultad en el parto _____

A que edad su hijo/ hija:

Se sentó _____ Gateo _____ Camino _____ Primeras palabras _____ Oraciones

simples _____ Control de esfínteres urinario _____ Control de esfínteres rectal _____.

Existe alguna condición en el historial medico familiar que tenga relevancia (ejemplo: diabetes, déficit de atención, alergias, asma) ¿Qué relación con el niño(a) tiene esta persona?

Existe alguna condición en el historial medico del niño que tenga relevancia (ejemplo: déficit de atención, alergias, problemas intestinales)

Toma su hijo algún medicamento, para ello: _____

IV. CONDUCTA / TEMPERAMENTO

Existe en el historial familiar, algún miembro que haya presentado dificultades de aprendizaje, o enfermedad mental, problemas emocionales, problemas conductuales (ejemplo, dislexia, depresión, esquizofrenia, ansiedad etc.) _____

Su atención es corta _____

Se ve infeliz la mayor parte del tiempo _____

Necesita auto controlarse _____

Esconde sus sentimientos _____

Tiene temores _____

Es sobre activo (a) cuando juega _____

Parece impulsivo(a) _____

Adaptable a nuevas situaciones _____

Demanda mucha atención _____

Sobre-reacciona ante las cosas _____

Que lo/la enoja? _____

¿Cómo se relaciona con sus compañeros (as) de clase?(comente) _____

Existe alguna otra información que debamos saber sobre el temperamento de su hijo(a)

V. SEXUALIDAD

Le preocupa algo sobre la sexualidad de su hijo(a)? _____

VI. HISTORIAL ESCOLAR

Nombre escuelas anteriores

Motivo de cambio

Razones de cambio del colegio actual _____

Por qué escogió St. Michael's School? _____

Número de hermanos en St. Michael's School _____

Promedio actual de notas (letra y número)* (Ejemplo A, 90) _____

Notas más altas/ materias (colegio actual)* _____

Notas más bajas /materias* _____

Materia favorita* _____

Materias menos favoritas* _____

Se pone nervioso(a) con los exámenes?* _____

Ha tenido alguna dificultad en su aprendizaje?/Programa especial para estudiantes avanzados o con dificultades. (comente) _____

Alguna dificultad en la escuela con su conducta? Problemas de adaptación, motivación, etc.
(comente)

Explique qué le preocupa de su hijo(a)

**(No aplica a estudiantes 1er curso)*

Ha visitado alguna vez un Psicólogo(a)?/Quién lo refirió ?/Por qué? _____

Persona que lo/a ayuda a realizar las tareas _____

Horario en que estudia _____

Hora que se levanta _____

Hora que se acuesta _____

Hora límite de llegar a la casa cuando sale _____

Horas en que el niño(a) desayuna, almuerza, cena y merienda _____

Actividades extra-curriculares /hobbies/ horarios _____

Liste las actividades, asociaciones y/o clubes en los que ha participado en su(s) colegio (s) anterior(es).

Premios y/o reconocimientos.

Actividad / asociación

Año

Reconocimiento

VII. DISCIPLINA

Quién está a cargo de la disciplina en el hogar? Métodos utilizados. Tipos de castigo.

Están todos de acuerdo con la disciplina que se usa? _____

Responsabilidades que tiene dentro del hogar _____

Describa brevemente a su hijo/ hija