

Este cuestionario tiene el propósito de conocer mejor a su hijo/a para asegurarle una mejor experiencia de aprendizaje. Esta información será confidencial y reposará en el expediente del estudiante para exclusiva referencia de líderes escolares, siempre y cuando sea necesario. This questionnaire is intended to get to know your child better to ensure a better learning experience. This information will be confidential and will remain in the student's file for the exclusive reference of school leaders, or whenever it's necessary.

<b>NOMBRE DEL ESTUDIANTE</b> STUDENT'S NAME				<b>FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)</b> DATE OF BIRTH (DD/MM/YYYY)	
<b>EDAD</b> AGE	<b>SEXO</b> SEX <input type="radio"/> FEMENINO • FEMALE <input type="radio"/> MASCULINO • MALE	<b>NACIONALIDAD</b> NATIONALITY	<b>COLEGIO ANTERIOR</b> PREVIOUS SCHOOL	<b>ESCOLARIDAD</b> SCHOOL LEVEL	
<b>NOMBRE DEL PADRE</b> FATHER'S NAME			<b>NOMBRE DE LA MADRE</b> MOTHER'S NAME		

### ASPECTOS ACADÉMICOS ACADEMICS ASPECTS

<b>MATERIA/S QUE MÁS LE AGRADA/N</b> SUBJECTS THAT HE/SHE ENJOYS THE MOST	<b>MATERIA/S QUE LE PRESENTAN MAYOR DIFICULTAD</b> SUBJECTS WHERE HE/SHE EXPERIENCES DIFFICULTY
<b>¿PRESENTA ACTUALMENTE FRACASO ESCOLAR?</b> IS HE/SHE CURRENTLY FAILING ANY CLASS? <input type="radio"/> SI • YES <input type="radio"/> NO • NO	<b>¿HA REPETIDO ALGÚN GRADO ANTERIORMENTE?</b> HAS HE/SHE REPEATED ANY SCHOOL GRADE? <input type="radio"/> SI • YES <input type="radio"/> NO • NO
<b>¿SE LE DIFICULTA ESTUDIAR SOLO? SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿POR QUÉ?</b> DOES HE/SHE EXPERIENCE ANY DIFFICULTY STUDYING ALONE? IF THE ANSWER IS YES, WHY? <input type="radio"/> SI • YES <input type="radio"/> NO • NO	
<b>SEGÚN EXPERIENCIA ESCOLAR PREVIA, EL NIÑO/A HA NECESITADO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES INTERVENCIONES?</b> BASED ON PREVIOUS SCHOOL EXPERIENCES AND IN ORDER TO OPTIMIZE THE LEARNING EXPERIENCE, HAS YOUR CHILD NEEDED ANY OF THE FOLLOWING INTERVENTIONS?	
<input type="radio"/> <b>CLASES INDIVIDUALIZADAS</b> PERSONALIZED / INDIVIDUAL CLASSES	<input type="radio"/> <b>ASISTENCIA A CLASE CON APOYO DE PARAPROFESIONAL</b> CLASS ASSISTANCE WITH SUPPORT FROM A PARAPROFESIONAL
<input type="radio"/> <b>PROGRAMA EDUCATIVO INDIVIDUALIZADO (PEI)</b> INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)	<input type="radio"/> <b>HORARIO ESCOLAR REDUCIDO O PERSONALIZADO</b> REDUCED/PERSONALIZED SCHOOL SCHEDULE
<input type="radio"/> <b>ADECUACIONES CURRICULARES</b> CURRICULAR ADJUSTMENTS	<input type="radio"/> <b>REFORZAMIENTO ACADÉMICO (ESPECIFIQUE LAS MATERIAS)</b> ACADEMIC REINFORCEMENT (SPECIFY THE SUBJECTS)
<b>¿MANIFIESTA SU NIÑO(A) ALGUNO(S) DE LOS SIGUIENTES COMPORTAMIENTOS?</b> HAS YOUR SON/DAUGHTER MANIFESTED ANY OR SOME OF THE FOLLOWING BEHAVIORS?	
<input type="radio"/> <b>Intranquilidad</b> Restlessness <input type="radio"/> <b>Hiperactividad</b> Hyperactivity <input type="radio"/> <b>Bajo nivel de actividad</b> Low level of activity <input type="radio"/> <b>Nivel corto de atención/se distrae con facilidad</b> Attention deficit/Gets distracted easily <input type="radio"/> <b>Habitualmente, no logra completar actividades</b> Doesn't achieve objectives/activities, frequently <input type="radio"/> <b>Desorganización</b> Disorganization <input type="radio"/> <b>Dificultad obedeciendo las reglas</b> Has difficulty following rules <input type="radio"/> <b>Dificultad para adaptarse a los cambios de rutina o locación</b> Has difficulty adapting to any change in routines or locations <input type="radio"/> <b>Temperamental, llora con facilidad</b> Temperamental, cries easily	<input type="radio"/> <b>Dificultad en su interacción con pares</b> Difficulty talking/speaking <input type="radio"/> <b>Dificultad en su interacción con sus familiares</b> Any hearing loss <input type="radio"/> <b>Se come las uñas</b> Any visual loss <input type="radio"/> <b>Tendencia a ser posesivo/a</b> Shyness <input type="radio"/> <b>Dificultad para trabajar en grupo</b> Difficulty interacting with other kids/children <input type="radio"/> <b>Dificultades de lenguaje</b> Difficulty interacting with family members or other adults <input type="radio"/> <b>Disminución auditiva</b> Bites their nails <input type="radio"/> <b>Disminución visual</b> Tendency to be possessive <input type="radio"/> <b>Timidez</b> Difficulty doing any group activity

### SOCIAL AREA AREA SOCIAL

<b>¿CON QUIÉNES SUELE DESARROLLAR RELACIONES MÁS SIGNIFICATIVAS?</b> WITH WHOM CAN HE/SHE DEVELOP MORE SIGNIFICANT RELATIONSHIPS?					
<input type="radio"/> <b>PADRES</b> PARENTS	<input type="radio"/> <b>HERMANOS</b> SIBLINGS	<input type="radio"/> <b>AMIGOS</b> FRIENDS	<input type="radio"/> <b>COMPAÑEROS DE CLASES</b> CLASSMATES	<input type="radio"/> <b>PROFESORES</b> TEACHERS	<input type="radio"/> <b>OTROS</b> OTHERS

<b>CONVIVE CON (MARQUE CON UN GANCHO TODAS LAS OPCIONES QUE APLIQUEN)</b> LIVES WITH (CHECK ALL OPTIONS THAT APPLY)					
<input type="radio"/> <b>PAPÁ</b> DAD	<input type="radio"/> <b>MAMÁ</b> MOM	<input type="radio"/> <b>HERMANOS</b> SIBLINGS	<input type="radio"/> <b>ABUELOS</b> GRANDPARENTS	<input type="radio"/> <b>TÍOS</b> AUNT / UNCLE	<input type="radio"/> <b>OTHERS</b> OTROS
<b>SI MI HIJO/A TIENE QUE RESOLVER UN CONFLICTO CON ALGUNO DE SUS AMIGOS, TRATO DE AYUDARLO DE LA SIGUIENTE MANERA:</b> IF MY DAUGHTER/SON HAS TO SOLVE ANY CONFLICT WITH ONE OF HIS/HER FRIENDS, I TRY TO HELP THEM IN THE FOLLOWING WAYS:					
<input type="radio"/> <b>HABLANDO CON EL/LA PROFESOR/A</b> SPEAKING WITH HIS/HER TEACHER		<input type="radio"/> <b>NO HAGO NADA, SON COSAS DE NIÑOS</b> I DON'T PARTICIPATE, IT'S THEIR PROBLEM			
<input type="radio"/> <b>HABLANDO CON LOS PADRES DEL AMIGO/A</b> SPEAKING WITH HIS/HER FRIEND'S PARENTS		<input type="radio"/> <b>OTRO</b> OTHER			
<input type="radio"/> <b>HABLANDO CON SU AMIGO/A</b> SPEAKING WITH HIS/HER FRIEND					

## DESARROLLO PERSONAL PERSONAL DEVELOPMENT

<b>¿EN QUÉ EMPLEA SU TIEMPO LIBRE?</b> WHAT ACTIVITIES DOES YOUR SON/DAUGHTER DO IN THEIR FREE TIME?	
<b>DEPORTES O ENTRETENIMIENTOS FAVORITOS</b> ANY SPORT OR ENTERTAINMENT FAVORITES	
<b>TALENTOS ESPECIALES</b> SPECIAL TALENTS	<b>OTHERS</b> OTROS
<b>¿SU HIJO/A HA MANIFESTADO ALGÚN PLAN DE SU INTERÉS AL TERMINAR LOS ESTUDIOS SECUNDARIOS?</b> HAS YOUR SON/DAUGHTER MANIFESTED ANY FUTURE PLANS AFTER FINISHING HIGH SCHOOL? <input type="radio"/> SI • YES <input type="radio"/> NO • NO	
<b>IR A LA UNIVERSIDAD (DÓNDE / CARRERA)</b> GO TO COLLEGE (WHERE / FIELD OF STUDY)	<b>TOMAR ALGUNOS OTROS CURSOS ¿CUÁLES?</b> TAKE SOME COURSES. WHICH ONES?
<b>TRABAJAR, ¿EN QUÉ CAMPO?</b> WORKING, IN WHICH FIELD?	<b>TOMARSE UNAS LARGAS VACACIONES. ¿DÓNDE?</b> TAKE SOME LONG VACATIONS. WHERE?
<b>QUEDARSE EN CASA CON SUS PADRES</b> STAY AT HOME WITH HIS/HER PARENTS	<b>OTRO</b> OTHER

<b>¿RECIBE ACTUALMENTE O HA RECIBIDO EN ALGÚN MOMENTO ATENCIÓN POR PARTE DE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ESPECIALISTAS?</b> IS CURRENTLY OR HAS RECEIVED ANY ATTENTION FROM THE FOLLOWING SPECIALISTS?		
<input type="radio"/> <b>PSICOLOGÍA</b> PSYCHOLOGY FECHA/DATE	<input type="radio"/> <b>FONOAUDIOLÓGIA</b> SPEECH THERAPIST FECHA/DATE	<input type="radio"/> <b>OTRO (ESPECIFICAR)</b> OTHER (SPECIFY)
<input type="radio"/> <b>PSICOPEDAGOGÍA</b> PSYCHOPEDAGOGY FECHA/DATE	<input type="radio"/> <b>PSIQUIATRÍA</b> PSYCHIATRY FECHA/DATE	
<input type="radio"/> <b>TERAPISTA OCUPACIONAL</b> OCCUPATIONAL THERAPIST FECHA/DATE	<input type="radio"/> <b>NEUROLOGÍA</b> NEUROLOGY FECHA/DATE	
<b>¿UTILIZA MEDICAMENTOS PARA?</b> <input type="radio"/> <b>TRANQUILIZARSE</b> COOL DOWN / RELAX <input type="radio"/> <b>MANTENERSE DESPIERTO(A)</b> STAY AWAKE <input type="radio"/> <b>ESTUDIAR / CONCENTRARSE</b> STUDY / CONCENTRATE <input type="radio"/> <b>OTRO</b> OTHER		

<b>¿PRESENTA O HA PRESENTADO ANTERIORMENTE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES?</b> DOES YOUR SON/DAUGHTER PRESENT OR HAS PRESENTED IN THE PAST ANY OF THE FOLLOWING CONDITIONS?	
<input type="radio"/> <b>Diabetes</b> Diabetes	<input type="radio"/> <b>Anemia</b> Anemia
<input type="radio"/> <b>Hipertensión</b> Hypertension	<input type="radio"/> <b>Tuberculosis</b> Tuberculosis
<input type="radio"/> <b>Alergias Tipo:</b> Allergies Type:	<input type="radio"/> <b>Psychiatric therapy / Attention</b> Afección psiquiátrica
<input type="radio"/> <b>Asma</b> Asthma	<input type="radio"/> <b>Neurological therapy / Attention</b> Afección neurológica
<input type="radio"/> <b>Problemas de corazón</b> Heart Problems / Condition	<input type="radio"/> <b>Hepatitis</b> Hepatitis
<input type="radio"/> <b>Epilepsia</b> Epilepsy	<input type="radio"/> <b>Consumption of substances</b> Consumo de sustancias

Confirmando que la información que he brindado es correcta. Comprendo que el Instituto Cultural utilizará esta información para ayudar a mi hijo/a a lograr una mejor integración en la vida escolar de la institución. Comprendo que será necesario trabajar en conjunto (escuela-familia) y me comprometo a mantener una comunicación directa con el colegio a atender con prioridad las recomendaciones de atención médica/psicológica realizadas por el colegio para así poder garantizar el éxito de esta experiencia de aprendizaje. I confirm that the information I have provided is correct. I understand that Instituto Cultural will use this information to help my child achieve a better integration in the institution's learning environment. I understand that it will be necessary to work together (school-family) and I promise to maintain direct communication with the school and to give priority to the medical / psychological care recommendations made by the school in order to guarantee the success of this learning experience.

<b>LEGAL GUARDIAN'S SIGNATURE</b> FIRMA DEL ACUDIENTE	<b>DATE</b> FECHA