

Este cuestionario tiene el propósito de conocer mejor a su hijo/a para asegurarle una mejor experiencia de aprendizaje. Les agradecemos completar este cuestionario para proveernos información sobre las características y necesidades principales de su hijo/a. 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. Please complete this questionnaire to provide us with information about your child's main characteristics and special needs. 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.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE STUDENT'S NAME				FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA) DATE OF BIRTH (DD/MM/YYYY)	
EDAD AGE	SEXO SEX <input type="radio"/> FEMENINO · FEMALE <input type="radio"/> MASCULINO · MALE	NACIONALIDAD NATIONALITY	COLEGIO ANTERIOR PREVIOUS SCHOOL	ESCOLARIDAD SCHOOL LEVEL	
NOMBRE DEL PADRE FATHER'S NAME			NOMBRE DE LA MADRE MOTHER'S NAME		
¿MANIFIESTA SU NIÑO(A) ALGUNO(S) DE LOS SIGUIENTES COMPORTAMIENTOS? HAS YOUR SON/DAUGHTER MANIFESTED ANY OR SOME OF THE FOLLOWING BEHAVIORS?					
<input type="radio"/> Intranquilidad Restlessness <input type="radio"/> Hiperactividad Hyperactivity <input type="radio"/> Bajo nivel de actividad Low level of activity <input type="radio"/> Nivel corto de atención/se distrae con facilidad Attention deficit/Gets distracted easily <input type="radio"/> Habitualmente, no logra completar actividades Doesn't achieve objectives/activities, frequently <input type="radio"/> Desorganización Disorganization <input type="radio"/> Dificultad obedeciendo las reglas Has difficulty following rules <input type="radio"/> Dificultad para adaptarse a los cambios de rutina o locación Has difficulty adapting to any change in routines or locations <input type="radio"/> Temperamental, llora con facilidad Temperamental, cries easily <input type="radio"/> Berrinches, pataletas o rabietas Tantrums, fuss or outbursts <input type="radio"/> Dificultades de lenguaje Difficulty talking / speaking <input type="radio"/> Disminución auditiva Any hearing loss <input type="radio"/> Disminución visual Any visual loss <input type="radio"/> Timidez Shyness <input type="radio"/> Dificultad con tareas que requieren habilidades de motricidad fina (cortar, pegar) Difficulty with duties that requires the use of fine motor skills (cutting, pasting) <input type="radio"/> Dificultad con tareas que requieren habilidades de motricidad gruesa (caminar, saltar) Difficulty with duties that requires the use of gross motor skills (walking, jumping) <input type="radio"/> Ansiedad de separación Separation Anxiety <input type="radio"/> Rechazo a experiencias sensoriales (ruidos fuertes, ensuciarse) Rejection towards any sensorial experiences (loud noises, getting dirty) <input type="radio"/> Dificultad en su interacción con otros niños Difficulty interacting with other kids/children <input type="radio"/> Dificultad en su interacción con sus familiares o adultos Difficulty interacting with family members or other adults <input type="radio"/> Se come las uñas Bites their nails <input type="radio"/> Se chupa los dedos Sucks his/her fingers/thumb <input type="radio"/> Dificultad para utilizar el sanitario o control de esfínteres Difficulty using the bathroom or with bladder control <input type="radio"/> Tendencia a ser posesivo/a Tendency to be possessive <input type="radio"/> Dificultad para compartir o realizar actividades en grupo Difficulty sharing or doing any group activity					
¿ALGÚN HÁBITO INUSUAL? DESCRIBA ANY INUSUAL HABITS? DESCRIBE					
ANTECEDENTES MÉDICOS RELEVANTES U OPERACIONES ANY RELEVANT MEDICAL BACKGROUND OR PROCEDURES				ALERGIAS ALLERGIES	
¿HA REPETIDO UN GRADO? HAS YOUR CHILD REPEATED A GRADE LEVEL? <input type="radio"/> SI · YES <input type="radio"/> NO · NO		¿CUÁL? WHICH ONE?		MENCIONE CUALQUIER NECESIDAD ESPECIAL DE APRENDIZAJE CONFIRMADA MENTION ANY CONFIRMED LEARNING DISABILITY OR SPECIAL NEED	
¿RECIBE ACTUALMENTE O HA RECIBIDO EN ALGÚN MOMENTO ATENCIÓN POR PARTE DE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES ESPECIALISTAS? IS CURRENTLY OR HAS RECEIVED ANY ATTENTION FROM THE FOLLOWING SPECIALISTS?					
<input type="radio"/> PSICOLOGÍA PSYCHOLOGY FECHA/DATE		<input type="radio"/> FONOAUDIOLÓGIA SPEECH THERAPIST FECHA/DATE		<input type="radio"/> OTRO (ESPECIFICAR) OTHER (SPECIFY)	
<input type="radio"/> PSICOPEDAGOGÍA PSYCHOPEADAGOGY FECHA/DATE		<input type="radio"/> PSIQUIATRÍA PSYCHIATRY FECHA/DATE			
<input type="radio"/> TERAPISTA OCUPACIONAL OCCUPATIONAL THERAPIST FECHA/DATE		<input type="radio"/> NEUROLOGÍA NEUROLOGY FECHA/DATE			
SEGÚN EXPERIENCIA ESCOLAR PREVIA, EL NIÑO/A HA NECESITADO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES INTERVENCIONES? BASED ON PREVIOUS SCHOOL EXPERIENCES, HAS YOUR CHILD NEEDED ANY OF THE FOLLOWING INTERVENTIONS?					
<input type="radio"/> CLASES INDIVIDUALIZADAS PERSONALIZED / INDIVIDUAL CLASSES		<input type="radio"/> ASISTENCIA A CLASE CON APOYO DE PARAPROFESIONAL CLASS ASSISTANCE WITH SUPPORT FROM A PARAPROFESSIONAL			
<input type="radio"/> PROGRAMA EDUCATIVO INDIVIDUALIZADO (PEI) INDIVIDUALIZED EDUCATION PROGRAM (IEP)		<input type="radio"/> HORARIO ESCOLAR REDUCIDO O PERSONALIZADO REDUCED/PERSONALIZED SCHOOL SCHEDULE			
<input type="radio"/> ADECUACIONES CURRICULARES CURRICULAR ADJUSTMENTS		<input type="radio"/> REFORZAMIENTO ACADÉMICO (ESPECIFIQUE LAS MATERIAS) ACADEMIC REINFORCEMENT (SPECIFY THE SUBJECTS)			

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 y 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.

FIRMA DEL ACUDIENTE LEGAL GUARDIAN'S SIGNATURE	FECHA DATE