

ENTREVISTA SOBRE INFORMACION SOCIAL DEL NINO

(completado por un padre, guardián, o cuidador)

INSTRUCCIONES

- ▶ Llenelo completamente. **Utilice letra imprenta.**
- ▶ Si no lo hace así puede ocasionar demoras en la consideración de su reclamo.

INFORMACION DE IDENTIDAD

1. Nombre del niño: _____ Fecha de hoy: _____
 Masculino Femenino Edad: ____ Peso/Altura: _____ Parroquia: _____
Fecha de nacimiento: __ / __ / _____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____
2. Nombre de la persona llenando el formulario: _____
Relación al niño: _____
3. Describe la condición del niño y la manera en que afecta sus actividades diarias: _____

4. ¿Cuándo comenzó esta condición? _____
5. ¿Cuándo recibió tratamiento por primera vez? _____

EDUCACIÓN

6. ¿En cual grado está el niño? _____ Nombre del Maestro: _____
7. Favor apuntar información de escuela abajo por los últimos dos años. Si se requiere más espacio, agrega páginas adicionales. Adjunta el Plan de Educación Individuo u otros reportes de Estimación de Alumno, si hay.

Nombre de la Escuela Actual		Nombre de la Escuela Previa	
Dirección		Dirección	
Ciudad, Estado		Ciudad, Estado	
Código		Código	
Número de teléfono	()	Número de teléfono	()
Fechas asistidas		Fechas asistidas	
¿Ha recibido servicios de educacional especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Si sí , cual es la razón por la educación especial?	¿Ha recibido servicios de educacional especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Si sí , cual es la razón por la educación especial?

8. ¿Tiene problemas de comportamiento en escuela? Sí No

Si **sí**, favor explicar: _____

¿Han resultado estos problemas en una suspensión en-escuela o fuera de escuela? Sí No

Si **sí**, favor explicar: _____

9. Si el niño está de edad escolar y **no** está en escuela, favor explicar por qué no está en escuela:

10. ¿El niño ha sido examinado para problemas de aprendizaje o comportamiento en la escuela?

Sí No Si **sí**, favor apuntar el tipo de exámenes, y donde/cuando examinaron al niño:

ACTIVIDADES

11. ¿Cómo pasa el niño su tiempo libre? Apunta los pasatiempos (leer, computadora, etc.) y/o actividades (deportes, bailar, actividades de escuela, clubs, etc.) y con qué frecuencia participa el niño:

12. ¿Ha cambiado las actividades o el comportamiento del niño desde el inicio de su condición?

Sí No Si **sí**, favor explicar: _____

13. ¿El niño ayuda con los quehaceres? Sí No ¿Si **sí**, cuales son los quehaceres (hacer la cama, limpiar la casa, la yarda, etc.) y con qué frecuencia ayuda el niño? _____

¿Cuanta asistencia necesita el niño para hacer quehaceres? _____

14. ¿Cómo comporta el niño con adultos (padres, maestros, vecinos)? Favor proveer ejemplos:

15. ¿Cómo relaciona el niño con sus colegas (amigos, miembros de la familia)? Favor proveer ejemplos:

16. ¿El niño esta capaz de cuidarse conforme a su edad? Sí No

Si **sí**, favor proveer ejemplos: _____

INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MEDICA

17. Apunta todos los medicamentos que toma por su condición, y quien los receta:

Nombre de la medicina	Dosis y frecuencia	¿Quien recetó?	Fecha que visitó al doctor

18. ¿Cómo afecta al niño la medicina? _____

19. ¿Durante los últimos **24 meses**, ha recibido pruebas o exámenes especiales (auditivo o visión, inteligencia, prueba de sangre, radio equis, etc.)? Favor apuntar abajo y incluye HeadStart, Early Intervention Services, Centros de Salud Mental, etc.:

Nombre del Doctor/ Hospital/Clinica/Agencia incluyendo especialistas	Dirección, Código, y Número de teléfono	Fecha de prueba o evaluación	Tipo de prueba o evaluación

20. ¿Causa dolor o incomodidad la condición? Sí No

¿Si **sí**, cómo afecta sus actividades diarias? _____

21. ¿Durante los últimos **12 meses**, donde ha recibido tratamiento psicológica o tratamiento médico?

Clínica de Salud Mental Doctor/Terapia Privado Clínica Hospital Otro

Favor apuntar abajo:

Nombre del Doctor/ Hospital/Clínica/Agencia incluyendo especialistas	Dirección, Código, y Número de teléfono	Fecha de tratamiento	Razon por tratamiento

INFORMACIÓN ADICIONAL

22. ¿Han solicitado beneficios del Ingreso suplementario de seguridad (SSI)? Sí No

¿Si **sí**, cuando? _____

¿Qué es el estatus de la solicitud? Aprobado Pendiente Apelado Negado Terminado

¿Si **negado** o **terminado**, cuando? _____

¿Por qué? _____

23. Díganos cualquier otra información que quiera que sepamos sobre el niño: _____

Nombre de la persona que completa este formulario: _____

Fecha: _____ Número de teléfono: _____