|  |
| --- |
| **PLAN DEL ÁREA LOCAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL DE DESERT/MOUNTAIN****PLAN DEL ÁREA LOCAL DE EDUCACIÓN ESPECIAL AUTÓNOMA DE DESERT/MOUNTAIN**17800 HIGHWAY 18 • APPLE VALLEY, CA 92307(760) 552-6700 • (760) 242-5363 FAX**Información Familiar** |
| **INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE** |
| Nombre del Estudiante: |       | Fecha de Nacimiento: |       | Género: | [ ]  Male [ ]  Female |
| Plantel Escolar: |       | Profesor/a: |       |
| Distrito de Asistencia: |       | Distrito de Residencia: |       |
| Padre/Tutor: |       |
| Tel Casa: |       | Tel. Trabajo: |       | Otro Teléfono: |       |
| Dirección: |       | Cuidad: |       | Estado: |       | Código Postal: |       |
| Dirección de Correo: |       | Cuidad: |       | Estado: |       | Código Postal: |       |
| Idioma hablado en casa: |       |
|  |
| **ListA DE HERMANOS** |
| **Nombre** |  | **Género** |  | **Edad** |  | **¿En casa?** |
|       |  | [ ]  Masc | [ ]  Femenino |  |       |  | [ ]  Sí [ ]  No |
|       |  | [ ]  Masc | [ ]  Femenino |  |       |  | [ ]  Sí [ ]  No |
|       |  | [ ]  Masc | [ ]  Femenino |  |       |  | [ ]  Sí [ ]  No |
|       |  | [ ]  Masc | [ ]  Femenino |  |       |  | [ ]  Sí [ ]  No |
|       |  | [ ]  Masc | [ ]  Femenino |  |       |  | [ ]  Sí [ ]  No |
| **ListA DE ESCUELAS A LAS QUE SU HIJO/A HA ASISTIDO** |
| **Escuela** |  | **Distrito** |  | **Tipo de Programa** |  | **Fecha** |
|       |  |       |  |       |  |       |
|       |  |       |  |       |  |       |
|       |  |       |  |       |  |       |
|       |  |       |  |       |  |       |
|       |  |       |  |       |  |       |
| **ListA DE HospitalEs, ClinicAs, O AgenciAs QUE HAN EXAMINADO A SU HIJO/A** |
| **Hospital/Clinica/Agencia** |  | **Dirección** |  | **Cuidad** |  | **Estado** |
|       |  |       |  |       |  |       |
|       |  |       |  |       |  |       |
|       |  |       |  |       |  |       |
|       |  |       |  |       |  |       |
|       |  |       |  |       |  |       |
|  |
| **InfoRMACIÓN GENERAL** |
|  |
| 1. Describa brevemente la relación de su hijo/a con sus pares:
 |
|  |
| 1. Describa brevemente la relación de su hijo/a con sus hermanos, hermanas, y padres en casa:
 |
|  |
| 1. ¿Su hijo/a puede ser dejado sólo/a? [ ]  Sí [ ]  No Si no, por favor explique:
 |
|  |
|  |
| 1. ¿A qué tipo de disciplina su hijo/a responde mejor?
 |
|  |
| 1. ¿Qué intereses especiales tiene su hijo/a?
 |
|  |
| 1. ¿Cuáles son sus principales inquietudes con respecto a su hijo/a?
 |
|  |
| 1. ¿Su hijo/a ha sido reseñado dactilarmente?
 |
|  |
| **INFORMACIÓN FÍSICA** |
|  |
| 1. ¿Su hijo/a tiene alguna discapacidad? [ ]  Sí [ ]  No Si es así, por favor explique:
 |
|  |
| 1. ¿Su hijo/a ha estado recientemente o está bajo el cuidado de un médico? [ ]  Sí [ ]  No Si es así, por favor explique:
 |
| 1. ¿Su hijo/a toma algún medicamento(s) por alguno de los siguientes casos? Si es así, indique la frecuencia:
 |
|  | Ataque | [ ]  Sí | [ ]  No | Si es así, indique la frecuencia: |       |
|  | Hiperactividad | [ ]  Sí | [ ]  No | Si es así, indique la frecuencia: |       |
|  | Alergias | [ ]  Sí | [ ]  No | Si es así, indique la frecuencia: |       |
|  | Diabetes | [ ]  Sí | [ ]  No | Si es así, indique la frecuencia: |       |
|  | Tiroides | [ ]  Sí | [ ]  No | Si es así, indique la frecuencia: |       |
|  | Asma | [ ]  Sí | [ ]  No | Si es así, indique la frecuencia: |       |
|  |
|  | Otro:       |
|  |
| 1. ¿Su hijo/a usa normalmente una de las siguientes ayudas? *(marque todas las que apliquen)*
 |
|  | [ ]  Gafas | [ ]  Correctores | [ ]  Audífonos | [ ]  Zapatos correctores | [ ]  Otro: |       |
|  |
| 5. ¿Su hijo/a ha recibido ayuda especial en la escuela? Por favor describa:       |
| Firma del Padre/Tutor: |  | Fecha: |       |