

PARENT INPUT

APORTE de los PADRES

| | | | |
|---|---------------|-------------------------------|----------------------------|
| Student Name: | | Date of Birth: | Date: |
| <i>Nombre del Estudiante:</i> | | <i>Fecha de Nacimiento:</i> | <i>Fecha:</i> |
| Home Address: | | Home Phone: | |
| <i>Domicilio:</i> | | <i>Teléfono del Hogar:</i> | |
| Age: | Grade: | Gender: | Ethnicity: |
| <i>Edad:</i> | <i>Grado:</i> | <i>Género:</i> | <i>Etnicidad:</i> |
| Home School: | | Attending School: | Student No: |
| <i>Escuela de Origen:</i> | | <i>Escuela de Asistencia:</i> | <i>Número Estudiantil:</i> |
| LANGUAGE/IDIOMA | | | |
| What is the home language (parents, child, family members)? | | | |
| <i>¿Cuál es el idioma en el hogar? (padres, niño(a), miembros de la familia)</i> | | | |
| What language was learned first by the child? | | | |
| <i>¿Cuál fue el primer idioma que aprendió el niño(a)?</i> | | | |
| Was a second language learned by the child? | | | |
| <i>¿Aprendió el niño(a) un segundo idioma?</i> | | | |
| What language does the child speak best ? | | | |
| <i>¿Cuál es el idioma que mejor habla el niño(a)?</i> | | | |
| What language(s) does/do the parent(s) speak best? | | | |
| <i>¿Cuál(es) es el idioma(s) que mejor hablan los padres?</i> | | | |
| At what age did your child first begin to learn English actively (from parents, preschool, school, etc.)? | | | |
| <i>¿A qué edad comenzó primero su hijo(a) a aprender inglés activamente (de los padres, preescolar, escuela, etc.)?</i> | | | |
| If your child was born outside of the United States, at what age did they enter the country? | | | |
| <i>Si su hijo(a) nació fuera de los Estados Unidos, ¿a qué edad entró al país?</i> | | | |

The following questions concern your child's development and functioning within your family. The information will be useful in understanding factors which have had an influence on your child's growth and achievement in school and may be part of comprehensive evaluation. The information provided will be confidential and only used for educational purposes according to FERPA, IDEA, and District guidelines.

Las siguientes preguntas conciernen al desarrollo y funcionamiento de su hijo(a) dentro del ámbito familiar. La información será útil en entender los factores que han influido en el crecimiento y logros escolares de su hijo(a) y

podiesen ser parte de la evaluación exhaustiva. La información provista será confidencial y sólo se utilizará para propósitos educativos según FERPA, IDEA y directrices del Distrito.

Current Parents/Guardian (please circle the **B**(irth), **S**(tep), **A**(doptive), **F**(oster). (**G**uardian **Padres/Guardianes Actuales** (favor de encerrar en un círculo **B**(biológico), **S**(padrastró), **A**(adoptivo), **F**(de cuidado temporal), (**G**)guardián

| | | | |
|---|--------------------|---|--------------------|
| Father/Padre:(B) (S) (A) (F) (G) | Phone / Telephono: | Mother/Madre:(B) (S) (A) (F) (G) | Phone / Telephono: |
| Name/Nombre: | | Name/Nombre: | |
| | E-mail: | | Email: |
| Address (if different from above) | | Address (if different from above) | |
| <i>Dirección (si es diferente de la de arriba)</i> | | <i>Dirección (si es diferente de la de arriba)</i> | |
| | | | |

| | |
|--|--|
| Father: | Raised in what city and state or country? |
| Padre: | <i>¿En qué ciudad y estado o país fue criado?</i> |
| Father's Level of Education (highest grade, years of college, or degree completed): | |
| <i>Nivel de Educación del Padre (más alto nivel, años universitarios o diploma alcanzado):</i> | |
| Father's Health Problems: | Father's Occupation: |
| <i>Problemas de Salud del Padre:</i> | <i>Profesión del Padre:</i> |
| Mother: | Raised in what city and state or country? |
| Madre: | <i>¿En qué ciudad y estado o país fue criada?</i> |
| Mother's Level of Education (highest grade, years of college, or degree completed): | |
| <i>Nivel de Educación de la Madre (más alto nivel, años universitarios o diploma alcanzado):</i> | |
| Mother's Health Problems: | Mother's Occupation: |
| <i>Problemas de Salud de la Madre:</i> | <i>Profesión de la Madre:</i> |
| (B)(S)(A)(F)(G) Parent: | Raised in what city and state or country? |
| Padre/Madre (B)(S)(A)(F)(G): | <i>¿En qué ciudad y estado o país fue criado(a)?</i> |
| Parent's Level of Education (highest grade, years of college, or degree completed): | |
| <i>Nivel de Educación del Padre/Madre (más alto nivel, años universitarios o diploma alcanzado):</i> | |
| Parent's Health Problems: | Parent's Occupation: |
| <i>Problemas de Salud del Padre/Madre:</i> | <i>Profesión del Padre/Madre:</i> |

Please list the names and ages of **ALL** people living in the home and their relationship to the child

*Favor de escribir los nombres y edades de **TODAS** las personas viviendo en el hogar y su relación con el niño(a)*

If the family is either a single parent or a step configuration, how many years of the child's life have been with two parental figures in the home? _____

Si la familia consiste ya sea de padre o madre soltero(a) o una configuración padrastro o madrastra, ¿por cuántos años de la vida del niño(a) han existido dos figuras paternas en el hogar? _____

If the family is either a single parent or a step configuration, how many years of the child's life was there a single parent in the home? _____

Si la familia consiste ya sea de padre o madre soltero(a) o una configuración padrastro o madrastra, ¿por cuantos años de la vida del niño(a) existió un padre o madre soltero(a) en el hogar? _____

If the child comes from a home other than both natural parents, what type of relationship do they have with the parent no longer in the home? _____

Si el niño(a) viene de un hogar que no es el de ambos padres biológicos, ¿qué tipo de relación tiene con el padre/madre que ya no está en el hogar? _____

If a birth parent is no longer in the home, how often do they have contact? _____

Si uno de los padres biológicos ya no está en el hogar, ¿qué tan a menudo tienen contacto? _____

Please check if either of this child’s natural parents, or immediate family members, experienced any of the following which could have contributed to your child’s school difficulties:

Favor de indicar si uno de los padres biológicos o algún miembro de la familia cercana, experimentaron cualesquiera de las siguientes situaciones las cuales pudiesen haber contribuido a las dificultades escolares de su hijo(a):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> alcohol addiction <i>adicción al alcohol</i> | <input type="checkbox"/> psychological/psychiatric evaluation <i>evaluación psicológica/psiquiátrica</i> |
| <input type="checkbox"/> drug addiction <i>adicción a drogas</i> | <input type="checkbox"/> seizures <i>convulsiones</i> |
| <input type="checkbox"/> learning disabilities/problems <i>discapacidad/problemas de aprendizaje</i> | <input type="checkbox"/> speech or language disorder <i>trastorno de habla o de lenguaje</i> |
| <input type="checkbox"/> mental illness <i>enfermedad mental</i> | <input type="checkbox"/> violence/abuse <i>violencia/abuso</i> |
| <input type="checkbox"/> intellectual disability <i>discapacidad intelectual</i> | <input type="checkbox"/> physical disability <i>discapacidad física</i> |
| <input type="checkbox"/> other special education disabilities <i>otras discapacidades de educación especial</i> | <input type="checkbox"/> other <i>otra</i> |

| |
|--|
| Please explain any checked boxes: * <i>Favor de explicar cualesquier de las opciones marcadas:</i> |
| |
| |
| |

Education Information
Información Educativa

What is your understanding as to why your child is being referred for a possible evaluation?
¿Por qué piensan que su hijo(a) está siendo referido para una posible evaluación?

What concerns do you have about your child’s education?
¿Cuáles preocupaciones tienen acerca de la educación de su hijo(a)?

Has your child even received Special Education services or Early Childhood Intervention Programming such as Head Start? Where? When?

¿Ha recibido su hijo(a) servicios de Educación Especial o Programación de Intervención para Primera Infancia tal como 'Head Start'? ¿Dónde? ¿Cuándo?

Has your child ever been retained? If so, in what grade? Where?

¿Ha sido su hijo(a) retenido alguna vez? ¿Si es así, en qué grado? ¿Dónde?

How has your child's school attendance been? Few Absences, Some Absences, Frequent Absences, Many Absences?

¿Cómo ha sido la asistencia escolar de su hijo(a)? ¿Pocas Ausencias, Algunas Ausencias, Ausencias Frecuentes, Muchas Ausencias?

Has your child had periods of time when they have been out of / missed school during the school year?

¿Ha tenido su hijo(a) períodos de tiempo en que ha estado fuera de/perdido clases durante el año escolar?

Please list **ALL** of the schools (with grade level) your child has attended

*Favor de escribir **TODAS** las escuelas (con nivel de grado) a las cuales su hijo(a) ha asistido*

| | |
|-------|-------|
| <hr/> | <hr/> |
| <hr/> | <hr/> |
| <hr/> | <hr/> |
| <hr/> | <hr/> |
| <hr/> | <hr/> |

Does your child frequently spend time in another city or country? If so, where do they go and for how long?

¿Pasa tiempo su hijo(a) frecuentemente en otra ciudad o país? ¿Si es así, a dónde va y por cuánto tiempo?

Medical / Development / Health Information

Información Médica/ de Desarrollo/ de Salud

Prenatal / Delivery History

Historial Prenatal/ de Nacimiento

Mother's age at child's birth: _____

Edad de la madre al nacer el niño(a): _____

Length of pregnancy: _____ weeks

Duración del embarazo: _____ *semanas*

Length of labor: _____ hours

Duración del parto: _____ *horas*

Birth Weight: _____ lbs. _____ oz.

Peso al Nacer: _____ *libras:* _____ *onzas*

Sí No

Yes No Did the mother visit the doctor regularly during the pregnancy?

¿Visitó la madre al doctor regularmente durante el embarazo?

Pregnancy (please clarify any "yes" response on the lines below)

Embarazo (favor de explicar cualquier respuesta "sí" en las líneas siguientes)

Sí No

Yes No Was there any difficulty during the pregnancy?

¿Existió alguna dificultad durante el embarazo?

Sí No

Yes No Did the mother take medication during pregnancy?

¿Tomó la madre algún medicamento durante el embarazo?

Sí No

Yes No Did the mother receive anesthesia during delivery?

¿Recibió la madre anestesia durante el nacimiento?

Sí No

Yes No Did the mother smoke during pregnancy?

¿Fumó la madre durante el embarazo?

Sí No

Yes No Did the mother use alcohol during pregnancy?

¿Usó la madre alcohol durante el embarazo?

Sí No

Yes No Did the mother use drugs during pregnancy?

¿Usó la madre drogas durante el embarazo?

Birth (please clarify any “yes” response on the lines below)

Nacimiento (favor de explicar cualquier respuesta “sí” en las líneas siguientes)

Sí No

Yes No Was your child born by C-section?

¿Su hijo(a) nació por cesárea?

Sí No

Yes No Was there any difficulty during delivery?

¿Existió alguna dificultad durante el nacimiento?

Sí No

Yes No Were there any complications during delivery? (cyanosis, meconium, cord compression, etc.)

¿Existió alguna complicación durante el nacimiento? (cianosis, meconio, compresión del cordón umbilical, etc.)

Sí No

Yes No Was there any trauma to infant? (lack of oxygen, life support, heart problems, etc.)

¿Sufrió el infante algún trauma? (falta de oxígeno, soporte vital, problemas cardíacos, etc.)

Sí No

Yes No Were there any noted birth defects?

¿Hubo defectos de nacimientos notorios?

Sí No

Yes No Was your child jaundiced?

¿Su hijo(a) tuvo ictericia (se puso amarillento)?

Sí No

Yes No Did your child stay in the hospital longer than the mother?

¿Permaneció su hijo(a) en el hospital por un período más largo que la madre?

Sí No

Yes No Was there any use of a life support system?

¿Se utilizó algún sistema de soporte vital?

Infancy (please clarify any “yes” response on the lines below)

Infancia (favor de explicar cualquier respuesta “sí” en las líneas siguientes)

Sí No

Yes No Any difficulties during infancy?

¿Existieron dificultades durante la infancia?

Sí No

Yes No Were there any episodes of seizures?

¿Hubo algún episodio de convulsiones?

Sí No

Yes No Was there any Anoxia (lack of oxygen)?

¿Hubo alguna Anoxia (falta de oxígeno)?

Sí No

Yes No Did your child have difficulty gaining weight during the first year of life?

¿Tuvo dificultad su hijo(a) para subir de peso durante el primer año de vida?

Developmental Milestones (check the approximate age when your child did each task)

Historial del Desarrollo (*marquen la edad aproximada cuando su hijo(a) hizo cada tarea*)

- Rolling over by self before 2 months 3-6 months after 6 months
• Voltearse solo(a) antes de 2 meses 3-6 meses después de 6 meses
 - Sitting without support before 5 months 5-8 months after 8 months
• Sentarse sin ayuda antes de 5 meses 5-8 meses después de 8 meses
 - Crawling on hands/knees before 6 months 6-9 months after 9 months
• Gatear sobre manos/rodillas antes de 6 meses 6-9 meses después de 9 meses
 - Walking independently before 10 months 10-18 months after 18 months
• Caminar independientemente antes de 10 meses 10-18 meses después de 18 meses
 - Saying first words before 12 months 12-18 months after 18 months
• Pronunciar las primeras palabras antes de 12 meses 12-18 meses después de 18 meses
 - Talking in simple 2-3 word sentences before 24 months 24-36 months after 36 months
• Hablar en oraciones sencillas con 2-3 palabras antes de 24 meses 24-36 meses después de 36 meses
 - Toilet training began before 24 months 24-40 months after 40 months
• Comenzó a entrenar para ir al baño antes de 24 meses 24-40 meses después de 40 meses
 - Toilet training complete before 30 months 30-42 months after 42 months
• Completó entrenamiento para el baño antes de 30 meses 30-42 meses después de 42 meses
 - Did your child begin talking normally and then stop at some later date? If yes, explain:
¿Comenzó a hablar su hijo(a) normalmente y luego dejó de hablar? Si es así, explique:
-
-
-

Health & Medical Issues About Your Child
Situaciones de Salud y Médicas Acerca de su Hijo(a)

Has your child experienced any of the following medical conditions?
¿Ha experimentado su hijo(a) cualesquiera de las siguientes condiciones médicas?

Sí No

Yes No Significant illness? If yes, explain:

¿Enfermedad significativa? Si contestaron sí, expliquen:

Sí No

Yes No Serious accident? If yes, explain:

¿Accidente grave? Si contestaron sí, expliquen:

Sí No

Yes No Surgery/Hospitalization? If yes, explain:

¿Cirugía/Hospitalización? Si contestaron sí, expliquen:

Sí No

Yes No Seizure? If yes, explain:

¿Convulsiones? Si contestaron sí, expliquen:

Sí No

Yes No Fevers above 103 degrees? If yes, explain:

¿Fiebres más altas de 103 grados? Si contestaron sí, expliquen:

Sí No

Yes No Vision problems? If yes, explain:

¿Problemas de visión? Si contestaron sí, expliquen:

Sí No

Yes No Wears glasses? If yes, explain:

¿Usa lentes? Si contestaron sí, expliquen:

Sí No

Yes No Wears contacts? If yes, explain:

¿Usa lentes de contacto? Si contestaron sí, expliquen:

Sí No

Yes No Hearing problems? If yes, explain:

¿Problemas auditivos? Si contestaron sí, expliquen:

Sí No

Yes No Wears hearing aids? If yes, explain:

¿Usa audífonos? Si contestaron sí, expliquen:

Sí No

Yes No Repeated ear infections? If yes, explain:

¿Frecuentes infecciones del oído? Si contestaron sí, expliquen:

Sí No

Yes No Ever had tubes in ears? If yes, explain:

¿Alguna vez ha tenido tubos en los oídos? Si contestaron sí, expliquen:

Sí No

Yes No

Significant head injury, concussion or loss of consciousness? If yes, explain:
¿Lesión significativa en la cabeza, conmoción cerebral o pérdida de consciencia? Si contestaron sí, expliquen:

Sí No

Yes No

Difficulty eating or drinking? If yes, explain:
¿Dificultad para comer o beber? Si contestaron sí, expliquen:

Sí No

Yes No

Allergies? If yes, explain:
¿Alergias? Si contestaron sí, expliquen:

Sí No

Yes No

Has your child ever been diagnosed with ADD/Attention Deficit/Hyperactivity Disorder?
If yes, explain:
¿Ha sido diagnosticado su hijo(a) alguna vez con ADD/Trastorno de Déficiencia de Atención/con Hiperactividad? Si contestaron sí, expliquen:

Sí No

Yes No

Does your child take medication? If yes, explain:
¿Toma medicamento su hijo(a)? Si contestaron sí, expliquen:

Sí No

Yes No

Has your child ever been treated for other medical/psychiatric disorders? If yes, explain:
¿Ha sido tratado su hijo(a) alguna vez por otros trastornos médicos/psiquiátricos? Si contestaron sí, expliquen:

Agency Involvement
Participación de Agencia

Sí No

- Yes No Does your child receive Department of Developmental Disability (DDD) services? If yes, what services:
¿Recibe su hijo(a) servicios de parte del Departamento del Desarrollo de Discapacidades (DDD por sus siglas en inglés)? Si contestaron sí, qué servicios:
-

Name Telephone number of DDD Case Manager: * *Nombre/Número Telefónico del Gerente del Caso de DDD:*

Sí No

- Yes No Does your child receive any other outside services (e.g., *counselor, psychiatrist, neurologist*)? If yes, please provide the name of agency/doctor/type of services:
¿Recibe su hijo(a) cualesquier otros servicios fuera de la escuela (e.g., consejería, psiquiatra, neurólogo)? Si contestaron sí, favor de proveer el nombre de la agencia/médico/tipo de servicios:
-
-

Social Information
Información Social

Please check those items which describe your child:

Favor de marcar aquellas situaciones las cuales describen a su hijo(a):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> participates in family activities <i>participa en actividades familiares</i> | <input type="checkbox"/> gets along well with others <i>se lleva bien con otras personas</i> |
| <input type="checkbox"/> is affectionate <i>es afectuoso</i> | <input type="checkbox"/> participates in outside activities (clubs, performing arts.) <i>participa en actividades al aire libre (clubes, presentaciones artísticas.)</i> |
| <input type="checkbox"/> has a good self-image <i>tiene una buena auto imagen</i> | <input type="checkbox"/> gets along with brothers and sisters <i>se lleva bien con los hermanos y hermanas</i> |
| <input type="checkbox"/> has a close relationship with the mother <i>tiene una relación cercana con la madre</i> | <input type="checkbox"/> has a close relationship with the father <i>tiene una relación cercana con el padre</i> |
| <input type="checkbox"/> plays a musical instrument <i>toca un instrumento musical</i> | <input type="checkbox"/> has hobbies <i>tiene pasatiempos</i> |
| <input type="checkbox"/> has a positive attitude <i>tiene una actitud positiva</i> | <input type="checkbox"/> participates in social activities (scouts, church group, etc.) <i>participa en actividades sociales (scouts, grupo de la iglesia, etc.)</i> |

Please check those items which describe your child that **occur significantly more often** than would be expected for other children their age:

*Favor de marcar las situaciones las cuales describen a su hijo(a) que **ocurren significativamente con más frecuencia** de lo que se esperaría de otros niños de su misma edad:*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> has difficulties sleeping <i>tiene dificultades para dormir</i> | <input type="checkbox"/> has mood swings <i>tiene cambios repentinos de humor</i> |
| <input type="checkbox"/> has a short attention span <i>tiene deficiencia de atención</i> | <input type="checkbox"/> has a poor memory <i>tiene mala memoria</i> |
| <input type="checkbox"/> lies <i>miente</i> | <input type="checkbox"/> steals <i>roba</i> |
| <input type="checkbox"/> frustrates easily <i>se frustra fácilmente</i> | <input type="checkbox"/> acts without thinking <i>actúa sin pensar</i> |
| <input type="checkbox"/> has temper tantrums <i>tiene berrinches</i> | <input type="checkbox"/> becomes angry often <i>se enoja frecuentemente</i> |
| <input type="checkbox"/> is aggressive <i>es agresivo</i> | <input type="checkbox"/> experiences excessive sadness <i>experimenta tristeza excesiva</i> |
| <input type="checkbox"/> is withdrawn <i>es retraído</i> | <input type="checkbox"/> has made suicide threats <i>ha amenazado con suicidarse</i> |

Please indicate the following about your child:

Favor de indicar lo siguiente acerca de su hijo(a):

| | | | | |
|--|-------------------------------|---|-----------------------------|-----------------------|
| General disposition/temperament: <i>Carácter/temperamento en general:</i> | easy-going <i>relajado</i> | slow to warm up <i>lento para animarse</i> | difficult <i>difícil</i> | |
| General activity level: <i>Nivel de actividad en general:</i> | low <i>bajo</i> | average <i>promedio</i> | high <i>alto</i> | |
| Response when angry: <i>Respuesta cuando está enojado:</i> | withdraws <i>se retrae</i> | cries <i>llora</i> | screams <i>grita</i> | hits <i>golpea</i> |

Please indicate how well your child gets along with:
Favor de indicar que tan bien se lleva su hijo(a) con:

| | | | |
|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|----------------------------------|
| Peers <i>Compañeros</i> | Well <i>Bien</i> | Okay <i>Aceptable</i> | Poorly <i>Deficientemente</i> |
| Mother <i>Madre</i> | Well <i>Bien</i> | Okay <i>Aceptable</i> | Poorly <i>Deficientemente</i> |
| Father <i>Padre</i> | Well <i>Bien</i> | Okay <i>Aceptable</i> | Poorly <i>Deficientemente</i> |
| (Step Mother) <i>(Madrstra)</i> | Well <i>Bien</i> | Okay <i>Aceptable</i> | Poorly <i>Deficientemente</i> |
| (Step Father) <i>(Padrastro)</i> | Well <i>Bien</i> | Okay <i>Aceptable</i> | Poorly <i>Deficientemente</i> |
| Brother(s) <i>Hermano(s)</i> | Well <i>Bien</i> | Okay <i>Aceptable</i> | Poorly <i>Deficientemente</i> |
| Sister(s) <i>Hermana(s)</i> | Well <i>Bien</i> | Okay <i>Aceptable</i> | Poorly <i>Deficientemente</i> |

What are your child's strengths?
¿Cuáles son las fortalezas de su hijo(a)?

What things are difficult for your child?
¿Qué cosas son difíciles para su hijo(a)?

What are your child's interests? What does your child like to do?
¿Cuáles son los intereses de su hijo(a)? ¿Qué le gusta hacer a su hijo(a)?

Have there been any major life events that may have impacted your child recently (e.g., moved, divorce of parents, loss of a family member, etc.)?

¿Se han presentado cualesquier eventos mayores en la vida que pudiesen haber impactado a su hijo(a) recientemente (e.g., mudarse, divorcio de padres, pérdida de un miembro de la familia, etc.)?

Is there any other information or concerns about your child that you would like to share?

¿Existe cualquier otra información o preocupación respecto a su hijo(a) que le gustase compartir?

Form completed by
Formulario completado por

Date
Fecha