

Estimados Padres:

Gracias por su interés en el programa Terapia de Interacción entre Padres e Hijos (Parent-Child Interaction Therapy o "PCIT" en inglés) del Mailman Center for Child Development en la Universidad de Miami, Miller School of Medicine. Con el objetivo de darle mejor ayuda a su hijo, le pedimos que por favor llene el formulario adjunto. El propósito de llenar este formulario es para ver si su familia califica para participar en nuestra investigación de niveles diferentes de Terapia de Interacción entre Padres e Hijos. Este formulario de historia se tarda aproximadamente 30 minutos para llenar. Se le harán preguntas sobre sus antecedentes familiares, la historia médica de su hijo/a, el desarrollo y el comportamiento de su hijo/a, y la educación de su hijo/a. Usted puede optar por no contestar estas preguntas. Usted puede optar por parar de llenar este formulario en cualquier momento. Su cumplimentación de este formulario es completamente voluntario. Si usted niega a responder a las preguntas o para de responder en cualquier momento, no habrá penalidad, y no perderá ningunos beneficios a los que de otra forma tendría derecho. La información sobre su familia que usted da al personal de PCIT de este formulario de historia se mantendrá tan confidencial como sea posible, como lo requiere la ley. El riesgo de llenar este formulario de historia es tan pequeño, pero es posible que algunas personas pueden sentir incomodos respondiendo a estas preguntas. Si ustedes califican para participar en la investigación y están interesados en participar, su nombre y su información será registrada por el personal de PCIT; se mantendrá confidencial, pero hay un riesgo pequeño que personas afuera del equipo de investigación pueden obtener esta información. Por ejemplo, el correo electrónico, fax, y correo postal no siempre son formas seguras de comunicación. Si usted no está interesado en la investigación, el personal de PCIT destruirá la información personal que usted proveer en el formulario de historia. El beneficio para usted llenando este formulario es que usted puede saber si puede participar en nuestra investigación de niveles diferentes de Terapia de Interacción entre Padres e Hijos. Esto involucra su familia recibiendo terapia semanal gratis para los comportamientos de su hijo/a y su relación con su hijo/a. Si usted no quiere llenar el formulario de historia, usted tiene otras opciones. Usted puede llamar a 2-1-1 para una lista de otras opciones para terapia para su familia. Respondiendo a estas preguntas nos ayudará entender las preocupaciones que usted tiene sobre su hijo/a y nos ayudará determinar si Terapia de Interacción entre Padres e Hijos podrá satisfacer mejor las necesidades de su familia.

Al momento de recibir los formularios completados, estaremos comunicándonos con ustedes dentro de cinco días laborales. Si concluimos que otra agencia, programa o servicio es de mejor ayuda para su hijo, le proveeremos con la nueva información de contacto. Por favor asegúrese de colocar las estampillas de correo apropiado para prevenir cualquier retraso. Puede enviar los formularios completos al número de fax 305-243-4512 o por correo electrónico a: [PCIT@med.miami.edu](mailto:PCIT@med.miami.edu). También puede mandar los formularios por correo postal a: PCIT, 1601 NW 12th Ave., Miami, FL 33136. Si usted necesita ayuda de completar este formulario, por favor llámenos al 305-243-0234 y uno de nuestros empleados ayudará a usted de completar el formulario por teléfono. Si usted tiene otras preguntas, por favor llámenos al 305-243-0234. Esperamos contactarnos pronto con usted.

Gracias por su interés en PCIT.



UM PCIT Director Clínico  
Profesor Asistente de Pediatría Clínica División de  
Psicología Clínica Departamento de Pediatría  
Miller School of Medicine University of Miami



Allison Weinstein, Ph.D.  
UM PCIT Director Clínico Asociado Psicología  
Clínica Departamento de Pediatría Miller  
School of Medicine University of Miami

**Department of Pediatrics · Mailman Center for Child Development · Division of Clinical Psychology**

P.O. Box 016820 (D-820), Miami, FL 33101  
1601 NW 12<sup>th</sup> Ave, Miami, FL 33136  
Ph: 305-243-6857 · Fax: 305-243-4512

Su nombre: \_\_\_\_\_

La nombre de su hijo/a: \_\_\_\_\_

La fecha de nacimiento de su hijo/a: \_\_\_\_\_

Su número de teléfono principal: \_\_\_\_\_

Por favor indica su disponibilidad para citas (una hora regular cada semana por aproximadamente 6 meses) para cada lugar que estaré interesado en recibiendo servicios. Pondremos a su familia en la lista de espera para las horas que seleccione, y lo ofreceremos a usted el primero puesto. Cuando usted está seleccionando horas para citas, cuenta que las horas más tarde del día tienen esperas más largos como las horas más tempranas. Nosotros ofrecemos servicios en varios lugares en el condado de Miami-Dade para satisfacer las necesidades únicas de las familias. El tipo de servicios que ofrecemos en cada sitio son un poco diferentes. Una descripción breve de cada programa está a continuación. Cada sitio enumerará los servicios específicos de Terapia de Interacción entre Padres e Hijos (PCIT) que están disponibles para ese sitio.

**PCIT**- orientación en vivo de interacciones entre padres e hijos en una oficina

**PCIT para niños con un Trastorno del Espectro Autista (TEA)**- orientación en vivo de interacciones entre padres e hijos en una oficina diseñado específicamente para niños con TEA.

**i-PCIT**- Terapeutas en el Mailman Center ofrecen orientación de interacciones entre padres e hijos por video a la casa de la familia. Este servicio está disponible para familias que tienen wi-fi en la casa. El equipo es prestado.

**Mailman Center for Child Development- Encierre en un círculo el servicio en lo que usted está mas interesado que está disponible en este sitio.:**

	<b>PCIT</b>	<b>PCIT para niños con TEA</b>	<b>i-PCIT</b>
--	-------------	--------------------------------	---------------

lunes (9 a 5): \_\_\_\_\_

martes (9 a 5): \_\_\_\_\_

miércoles (9 a 5): \_\_\_\_\_

jueves (9 a 5): \_\_\_\_\_

# PCIT

## INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

Nombre de su hijo/a: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Padre(s) o cuidador(es) principal(es): \_\_\_\_\_

Número(s) de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuántas personas (adultos y niños) viven en su casa? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su ingreso anual del hogar? \_\_\_\_\_

¿Cuál de los siguientes describe mejor la raza de su familia?

- 1) \_\_\_\_\_ Blanco
- 2) \_\_\_\_\_ Negro or Afroamericano
- 3) \_\_\_\_\_ Indio Americano o Nativo de Alaska
- 4) \_\_\_\_\_ Asiático
- 5) \_\_\_\_\_ Nativo Hawaiano o Isleño Pacifico
- 6) \_\_\_\_\_ Birracial o multirracial

¿Cuál de los siguientes describe mejor la etnia de su familia?

- 1) \_\_\_\_\_ Hispano o Latino
- 2) \_\_\_\_\_ No Hispano o Latino

Por favor, encierra uno en un círculo.

Idioma principal hablado por el niño en la casa : Inglés Español Otro: \_\_\_\_\_

Idioma preferido para sesiones de terapia con padre(s) e hijo(s): Inglés Español Otro: \_\_\_\_\_

Involucramiento con Servicios de Protección de Menores (el Departamento de Niños y Familias)

Alguna vez ha estado usted o algunas de las cuidadoras principales estado involucrado con Servicios de Protección de Menores (el Departamento de Niños y Familias)  SÍ  NO

Si el respuesto es sí, por favor explique:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Preocupaciones Primarias

¿Qué preocupaciones tiene sobre su hijo?

¿Qué (si alguna) preocupación tiene sobre el comportamiento o emociones de su hijo?

¿Qué (si alguna) preocupación tiene sobre el rendimiento académico de su hijo y como aprende?

¿Qué (si alguna) preocupación tiene sobre como su hijo se ha desarrollado?

¿Ha sido involucrado usted o algún otro proveedor de cuidado primario del niño/la niña con servicios de protección de menores (ejemplo, el Departamento de Niños y Familias)?  **Sí**  **No**

Si respondió "sí," por favor explique:

## **Preocupaciones Sobre El Desarrollo de Su Hijo**

**Por favor responda las siguientes preguntas sobre su hijo:**

¿Su hijo prefiere jugar solo más que con otros niños?	Si	No
¿Su hijo evita el contacto visual con otras personas?	Si	No
¿Su hijo parece ser extremadamente sensible a los sonidos?	Si	No
¿Su hijo parece ser extremadamente sensible a ciertos sabores o texturas?	Si	No
¿Su hijo produce sonidos vocales inusuales?	Si	No
¿Su hijo tiene historial de retraso en el habla?	Si	No
¿Su hijo se golpea la cabeza intencionalmente?	Si	No
¿Su hijo hace movimientos como aleteo con sus manos o dedos como un pájaro?	Si	No
¿Su hijo se resiste a las actividades o ritual diarias?	Si	No
¿Su hijo tiene intereses limitados en juegos o juguetes?	Si	No

**Si usted respondió SI a cualquiera de las preguntas, por favor describa:**

## CUESTIONARIO

### DATOS FAMILIARES

Nombre del niño/niña: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: fem. masc.  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Escuela: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
Grado: \_\_\_\_\_  
Persona que está llenando esta forma: Madre Padre Padrastro Madrastra Abuela  
Otro (explique) \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfonos: Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_  
Nombre del padre: \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfonos: Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_  
Nombre del padrastro/ madrastra: \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Teléfonos: Casa: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_  
Estado marital de los padres: \_\_\_\_\_  
Si separados o divorciados, edad del niño cuando ocurrió la separación: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_  
El niño/a vive con: Ambos padres: \_\_\_\_ Madre: \_\_\_\_ Padre: \_\_\_\_ Madre y Padrastro: \_\_\_\_  
Padre y madrastra: \_\_\_\_ Guardián legal: \_\_\_\_ Otro/a: (especifique): \_\_\_\_\_

Otros hijos (incluyendo medio-hermanos y hermanastros):

<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Sexo</i>	<i>¿en la casa?</i>	<i>Problemas de escuela, conducta, salud</i>
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

¿Vive alguien más en la casa? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Idioma principal que se habla en la casa: \_\_\_\_\_  
Otros idiomas que se hablan en la casa: \_\_\_\_\_  
Grupo Étnico: \_\_\_\_\_  
Lugar de nacimiento de: Madre: \_\_\_\_\_  
Padre: \_\_\_\_\_  
Niña o niño: \_\_\_\_\_

¿Es el niño/a adoptado/a? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Si fue adoptado, ¿a qué edad? \_\_\_\_\_ ¿Lo sabe el niño? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre del médico del niño/a: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

RAZÓN DEL REFERIDO

¿Por qué está buscando ayuda para su hija/o? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Quién los refirió aquí? \_\_\_\_\_

¿Qué servicios específicos está usted buscando? (Ejemplo: evaluación psico-educativa, pruebas de inteligencia, recomendación de medicinas, terapia, etc.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha tenido el niño/a evaluaciones o tratamiento anteriormente? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Donde \_\_\_\_\_ Cuando \_\_\_\_\_  
Donde \_\_\_\_\_ Cuando \_\_\_\_\_  
Donde \_\_\_\_\_ Cuando \_\_\_\_\_

**Por favor, incluya una copia de las evaluaciones anteriores.**

HISTORIAL FAMILIAR

*Madre Natural*

*Padre Natural*

Edad: \_\_\_\_\_

Grado más alto completado: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Describa si estuvo en educación especial o recibió tutoría:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Describa grados repetidos o asignaturas fracasadas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Describa si tuvo dificultades de aprendizaje, en qué asignaturas, y en qué grado:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Describa problemas psicológicos o psiquiátricos y si recibió tratamiento o medicinas

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Describa problemas de comportamiento y si recibió tratamiento:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Algún trastorno de atención (ADD) o hiperactividad? Describa tratamiento

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Tiene alguno de los familiares cercanos (abuelos, tíos, primos) alguna de las condiciones siguientes?:

<i>Condición</i>	<i>Relación con el niño</i>	<i>Condición</i>	<i>Relación con el niño</i>
___ Alcoholismo	_____	___ Problemas nerviosos	_____
___ Hiperactividad	_____	___ o psicológicos	_____
___ Epilepsia/ convulsiones	_____	___ Depresión	_____
___ Abuso de drogas	_____	___ Intento suicida	_____
___ Dislexia	_____	___ Problemas de aprendizaje	_____
___ Falta de atención	_____	___ Retardo mental	_____
___ Muerte en la niñez	_____	___ Autismo	_____

### NACIMIENTO

Durante el embarazo, ¿tuvo la madre alguna complicación?    Sí \_\_\_    No \_\_\_  
 Si tuvo, ¿qué clase? \_\_\_\_\_

Durante el embarazo, ¿tuvo la madre que tomar medicinas?    Sí \_\_\_    No \_\_\_  
 Si las tomó, ¿qué clase? \_\_\_\_\_

Durante el embarazo, ¿fumaba la madre?    Sí \_\_\_    No \_\_\_  
 Si fumaba, ¿cuántos cigarrillos al día? \_\_\_\_\_

Durante el embarazo, ¿tomaba la madre bebidas alcohólicas?    Sí \_\_\_    No \_\_\_  
 Si las tomó, ¿qué clase y cuánto al día? \_\_\_\_\_

Durante el embarazo, ¿la madre usó drogas?    Sí \_\_\_    No \_\_\_  
 Si las tomó, ¿qué clase? \_\_\_\_\_

¿Se usaron fórceps en el parto?    Sí \_\_\_    No \_\_\_  
 ¿Se le hizo Cesárea?    Sí \_\_\_    No \_\_\_  
 Si tuvo Cesárea, ¿por qué motivo? \_\_\_\_\_

¿Fue prematuro el niño/a?    Sí \_\_\_    No \_\_\_  
 Si fue prematuro, ¿cuántas semanas se adelantó? \_\_\_\_\_

¿Cuánto pesó el niño al nacer? \_\_\_\_\_

¿Hubo algún defecto de nacimiento o complicación al nacer?    Sí \_\_\_    No \_\_\_  
 Si los hubo, por favor descríbalos: \_\_\_\_\_

¿Cuántos días estuvo el niño/a en el hospital al nacer? \_\_\_\_\_

### INFANCIA Y NIÑEZ TEMPRANA

Por favor, circule las palabras que describen a su hijo/a en su infancia y niñez temprana:

tranquilo y contento	_____	irritable y con cólicos	_____	no le gustaba la gente	_____
fácil de alimentar	_____	problemas de alimentación diarios	_____	le gustaba la gente	_____
dormía bien	_____	problemas frecuentes para dormir	_____	coordinado	_____
usualmente relajado	_____	disfrutaba contacto visual	_____	poca coordinación	_____
usualmente inquieto	_____	evitaba contacto visual	_____	cauteloso y cuidadoso	_____
poco activo	_____	demasiado activo	_____	dado a accidentes	_____
fácil de cargar	_____	no le gustaba estar cargado	_____	fácil de calmar	_____
rabietas	_____	se daba golpes en la cabeza	_____		_____

¿Hubo algún problema con el crecimiento y desarrollo de su hijo en sus primeros años?    Sí \_\_\_    No \_\_\_

Si lo hubo, por favor, descríbalos: \_\_\_\_\_

La siguiente es una lista de comportamientos de bebés y niños pequeños. Por favor, indique la edad en la que su hija/o demostró cada uno de ellos. Si no recuerda bien, pero tiene una idea, escriba la edad seguida por una interrogación (?). Si no recuerda la edad, escriba si cree que fue temprano (Te), normal (N) o tarde (Ta). Si no recuerda en lo absoluto, ponga una interrogación.

<i>Comportamiento</i>	<i>Edad</i>	<i>Comportamiento</i>	<i>Edad</i>
Se sentó solo/a	_____	Se vistió solo/a	_____
Caminó solo/a	_____	Se entrenó para ir al baño	_____
Balbuceó	_____	No se orinó más de noche	_____
Dijo la primera palabra	_____	Comió solo/a	_____
Puso varias palabras juntas	_____	Montó/corrió triciclo	_____
Nombró colores	_____		

¿Hay algo que su hija/o podía hacer antes que ya no puede hacer? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 ¿Qué? \_\_\_\_\_

### HISTORIAL MEDICO

¿Alguna vez ha tenido que llevar a su hijo a Emergencia por un problema grave, ha estado hospitalizado, o ha tenido alguna operación/ cirugía? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Si la respuesta es sí, describa la condición, problema, tratamiento, o cirugía. Diga cuando, donde, y por cuanto tiempo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si tuvo una herida o golpe en la cabeza, ¿perdió el conocimiento? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 Si lo perdió, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Está tomando su hijo alguna medicina? Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Marque las condiciones o enfermedades que su hijo ha tenido, y en qué fecha o edad las tuvo:

<i>Condición</i>	<i>Edad o Fecha</i>	<i>Condición</i>	<i>Edad o Fecha</i>
___ Mareos	_____	___ Dolores de cabeza severos	_____
___ Cansancio/ debilidad extrema	_____	___ o frecuentes	_____
___ Meningitis	_____	___ Encefalitis	_____
___ Epilepsia	_____	___ Convulsiones	_____
___ Alergia a medicinas	_____	___ Anemia	_____
___ Hospitalización	_____	___ Cirugía	_____
___ Problemas de oído	_____	___ Asma	_____
___ Desmayos	_____	___ Huesos rotos	_____
___ Otro (describa)	_____		

#### *Audición:*

¿Ha tenido su hijo/a una evaluación auditiva en los últimos 12 meses? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 ¿Fueron normales los resultados? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
 ¿Le preocupa la audición de su hija/o? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

*Visión:*

¿Usa espejuelos / lentes su hijo/a?      Sí \_\_\_\_      No \_\_\_\_  
¿Ha tenido su hija/o un examen de la vista en los últimos 6 meses?      Sí \_\_\_\_      No \_\_\_\_  
¿Se pega mucho a la televisión o a los libros cuando los está viendo?      Sí \_\_\_\_      No \_\_\_\_  
Los padres o hermanos del niño ¿tienen problemas visuales o usan espejuelos?      Sí \_\_\_\_      No \_\_\_\_  
¿Quiénes? \_\_\_\_\_

¿Tiene su hija/o dificultad con alguna de estas destrezas?

____ Habla	____ Lenguaje	____ Coordinación
____ Ir al baño	____ Dormir	____ Comer

COMPORTAMIENTO Y SALUD MENTAL

¿Cuáles son las actividades favoritas de su hijo/a? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son las cosas que su hija/o hace bien? \_\_\_\_\_

¿Qué es lo más difícil al criar a su hijo/a? \_\_\_\_\_

Por favor, describa comportamientos de su hijo que le preocupen mucho a usted o a otras personas:

\_\_\_\_\_

Por favor, escriba cualquier experiencia traumática o estresante que haya ocurrido en la vida de su hijo/a que usted crea haya tenido impacto en su desarrollo y funcionamiento actual. Incluya el incidente, la edad que tenía el niño/a, y sus comentarios.

\_\_\_\_\_

Su hijo/a ¿ha tomado medicinas para ayudar en su aprendizaje o comportamiento?      Sí \_\_\_\_      No \_\_\_\_

Describe: \_\_\_\_\_

Su hijo/a o algún miembro de su familia inmediata ¿ha recibido tratamiento de salud mental tal como consejería individual o familiar, consejería de grupo, terapia, etc.?      Sí \_\_\_\_      No \_\_\_\_

Si la respuesta es sí, describa los tratamientos presentes o pasados, incluyendo qué tipo, quién lo recibió, nombre del consejero/ terapeuta, y tiempo que duró. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué formas de disciplina emplea usted usualmente cuando su hijo/a se porta mal? Marque todas las que usa con más frecuencia. Añada cualquier otra que use que no esté incluida.

<i>Técnica de disciplina</i>	<i>Técnica de disciplina</i>
____ Ignorar la conducta	____ Mandarlo/a a sentar en una silla
____ Regañarlo/a	____ Mandarlo/a a su cuarto
____ Pegarle	____ Quitarle alguna actividad o comida
____ Amenazarlo/a	____ Otra (describa) _____
____ Cambiar su atención	____ _____
____ Razonar con él/ella	____ No uso ninguna

¿Cuáles son las técnicas más efectivas? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

HISTORIAL EDUCATIVO

Marque los problemas educativos que su hija/o tiene en estos momentos.

- \_\_\_ Dificultad en lectura
\_\_\_ Dificultad con otras asignaturas (describa)
\_\_\_ Dificultad con aritmética
\_\_\_ Dificultad al deletrear
\_\_\_ Dificultad en escritura
\_\_\_ Dificultad en prestar atención en clase
\_\_\_ No le gusta la escuela

¿Qué mano prefiere su hija/o para escribir? Derecha Izquierda.
¿Para comer? Derecha Izquierda

¿Fue su hija/o a pre-escolar? Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿A qué edad? \_\_\_
¿Ha sido su hijo/a evaluado en un programa de intervención temprana (Early Intervention Program, EIP)?
No \_\_\_ Sí \_\_\_ ¿En cuál? \_\_\_

¿Está su hija/o en una clase de educación especial? Sí \_\_\_ No \_\_\_
Si está, en qué tipo de clase? \_\_\_
¿Ha repetido algún grado? Sí \_\_\_ No \_\_\_
Si repitió, ¿qué grado y por qué? \_\_\_
Su hija/o, ¿ha recibido tutoría o terapia en la escuela? Sí \_\_\_ No \_\_\_
Si la ha recibido, por favor, descríbala: \_\_\_

Describa brevemente el historial educativo de su hijo/a y cualquier problema que tuvo en cada grado:

- Kindergarten: \_\_\_
Primer Grado: \_\_\_
Segundo Grado: \_\_\_
Tercer Grado: \_\_\_
Cuarto Grado: \_\_\_

¿Cuáles son las fortalezas o las características mejores que tiene su hijo/a? \_\_\_

Añada cualquier otra información que usted crea que sea relevante \_\_\_

GRACIAS

Firma

Relación con el niño/a

Fecha