



Formulario de recomendación de padre / guardián (cuidador)

Fecha: _____ Nombre del niño: _____
Su nombre: _____ Parentesco: _____

El equipo de atención del colegio podría querer contactarlo para discutir inquietudes sobre su referido (recomendado). Por favor, proporcionar su información de contacto.

Teléfono: _____ Mejor hora para contactarlo: _____

¿Con quien vive su niño?

- Padres biológicos
- Padres adoptivos
- Padres adoptivos temporales
- Familiar
- Hogar grupal
- Otro _____

¿Idioma de servicio deseado?

- Inglés
- Español
- Otro _____

¿Su hijo tiene un plan de educación individualizado (IEP)?

- Si
- No
- No sé

Áreas de preocupación:

- Preocupaciones de comportamiento
- Preocupaciones sociales
- Preocupaciones de salud física
- Preocupaciones familiares
- Otro: _____

Fecha de recibo por personal de la escuela	Iniciales:
Fecha de recibo por el navegador de salud mental:	Iniciales:



Marque todo lo que aplique a su hijo(a):

<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Ansioso/temeroso<input type="checkbox"/> Luce distraído<input type="checkbox"/> Se aferra a los adultos<input type="checkbox"/> Dificultad para dormir<input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse<input type="checkbox"/> Excesiva preocupación<input type="checkbox"/> Inquieto / parece estar al punto de escaparse<input type="checkbox"/> Miedos /fobias específicas <input type="checkbox"/> Agresivo<input type="checkbox"/> Evita recordatorios de trauma<input type="checkbox"/> Expuesto a violencia en la comunidad<input type="checkbox"/> Estado de ánimo Irritable / ansioso<input type="checkbox"/> Nervioso / Hipervigilante<input type="checkbox"/> Pesadillas / pensamientos intrusivos<input type="checkbox"/> Juegos sexuales	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Disminución de la motivación<input type="checkbox"/> Estado de ánimo deprimido/triste/ irritable<input type="checkbox"/> Desesperanza/vista negativa del futuro<input type="checkbox"/> Pérdida de interés en actividades que el estudiante alguna vez disfruto<input type="checkbox"/> Baja autoestima <input type="checkbox"/> Enojado con los otros/culpa a los otros<input type="checkbox"/> Argumentativo<input type="checkbox"/> En Constantemente movimiento<input type="checkbox"/> Desafiante<input type="checkbox"/> Desorganizado<input type="checkbox"/> Desatento/Distraído<input type="checkbox"/> Interrumpe / suelta respuestas<input type="checkbox"/> Físicamente agresivo <input type="checkbox"/> Otro: _____
---	---

¿Con qué frecuencia está ocurriendo este comportamiento? (Por ej: varias veces por día; 1-2 veces por semana)

¿Cuánto tiempo ha tenido esta preocupación acerca de su hijo(a)?

Que usted sepa, ¿su hijo(a) ha recibido algún tipo de apoyo o intervención para este comportamiento en el pasado?

Que usted sepa, ¿Actualmente su hijo(a) está recibiendo algún tipo de apoyo o intervención para este comportamiento?

¿Qué piensa que le ayudará a su hijo(a) a ser exitoso(a)?

