



Texas Conference of Seventh-day Adventists  
**Office of Education**  
 PO Box 800 | Alvarado, TX 76009



# STUDENT INFORMATION FORM REACH

PARA COMPLETAR POR EL PADRE/GUARDIAN.

## I. Información Personal

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Grado escolar: \_\_\_\_\_  
Nombre(s) Apellido

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de la casa: \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

Dirección del estudiante: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código Postal

Nombre del padre o madre: \_\_\_\_\_ Numero de celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿A cuál escuela su hijo(a) asiste? \_\_\_\_\_

Por favor complete información de los hermanos del estudiante:

NOMBRE	EDAD	ESCUELA

## II. Información Educacional

Por favor explique su preocupación principal acerca del estudiante.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuándo se percató este problema o inquietud por primera vez?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué estrategias o medidas ha tomado para ayudar a su hijo en las áreas que tiene dificultades?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cómo han afectado las dificultades del estudiante en su desempeño en el salón de clases y en sus exámenes escolares?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### III. Historial de Salud

¿El estudiante tiene alguna condición de salud o algún problema de desarrollo que afecte su desempeño académico?

---

---

¿El estudiante ha tenido algún examen psicológico, psiquiátrico, o neurológico en los últimos 3 años?

\_\_\_\_ No \_\_\_\_ Si\* *\*si es sí por favor envíe copias del reporte de evaluación.*

\*Tipo de evaluación \_\_\_\_\_ Nombre del profesional que lo examinó \_\_\_\_\_

¿Ha habido cambios significativos en el estado de salud del niño en los últimos 3 años? Si es así, proporcione información educativamente relevante:

---

---

---

---

¿Su hijo(a) esta tomando algún medicamento actualmente? \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Si\* *\*Por favor complete lo siguiente:*

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	RAZÓN	FECHA QUE EMPEZÓ A TOMAR EL MEDICAMENTO	EFFECTOS SECUNDARIOS DEL MEDICAMENTO

### IV. Información sobre habilidades de comunicación

Por favor explique si tiene alguna preocupación acerca del habla, desarrollo de lenguaje, o problemas de comunicación del estudiante (por ejemplo: pronunciación, gramática, vocabulario, comprensión de instrucciones)

---

---

---

---

### V. Social / Emocional

¿Como el estudiante se relaciona con las siguientes personas?

Padres: \_\_\_\_\_

Hermanos: \_\_\_\_\_

Compañeros de clase: \_\_\_\_\_

Vecinos y amigos: \_\_\_\_\_

Otros adultos: \_\_\_\_\_

El estudiante tiende a socializar más con personas que son:

compañeros: \_\_\_\_\_ mas jóvenes: \_\_\_\_\_ mayores: \_\_\_\_\_ adultos: \_\_\_\_\_

