

CUESTIONARIO SOBRE DISLEXIA PARA LOS PADRES - SECCIÓN 504



Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____
Escuela: _____ Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Código postal: _____
Teléfonos: Hogar: _____ Trabajo: _____ Celular: _____
Nombre del padre / de la madre: _____
Persona que completa el formulario: _____

¿Su hijo(a) ha reprobado algún grado? Sí No Si su respuesta es "Sí", ¿cuál grado? _____

NOTA PARA LOS PADRES

Las preguntas presentadas en este cuestionario están diseñadas para ayudar al evaluador de dislexia a determinar la naturaleza de la dificultad de lectura de su hijo(a); específicamente, la presencia de dislexia. Por favor, responda cada pregunta con el mejor conocimiento que posea y elabore cuando sea necesario.

HISTORIAL FAMILIAR CON DIFICULTAD DE APRENDIZAJE/HABLA

¿Hay un historial familiar de dificultad del aprendizaje/habla? Sí No

Si su respuesta es "Sí", por favor, indique quién, la relación con su hijo(a) y el diagnóstico:

Relación: _____

Diagnóstico: _____

¿Hay un historial familiar de dislexia? Sí No

Si su respuesta es "Sí", por favor, indique quién, la relación con su hijo(a):

Relación: _____

Comparando su hijo(a) con otros niños de la familia, ¿cómo calificaría la capacidad de su hijo(a) para aprender nueva información? Más lento Igual Más rápido

IDIOMA PRINCIPAL DEL HOGAR

¿Cuál es el idioma principal que se habla en el hogar? _____

Si el inglés es el segundo idioma del estudiante, por favor conteste las siguientes preguntas.

¿Cuál idioma aprendió su hijo(a) hablar primero? _____ Idioma Nativo _____ Inglés

¿Ambos padres hablan su idioma nativo y el inglés? Sí No

Si su respuesta es "No": Solamente el padre Solamente la madre

CUESTIONARIO SOBRE DISLEXIA PARA LOS PADRES - SECCIÓN 504



¿Cómo calificaría la capacidad de su hijo(a) para hablar, escuchar, leer y escribir en su idioma nativo? Compruebe la respuesta que mejor represente la capacidad de su hijo(a) para hablar, escuchar, leer y escribir en su idioma nativo.

En su idioma nativo su hijo(a) puede hablar	<input type="checkbox"/> no habla	<input type="checkbox"/> pocas palabras	<input type="checkbox"/> oraciones simples	<input type="checkbox"/> o con fluidez (equivalente a un hablante nativo).
En su idioma nativo su hijo(a) puede escuchar y entender	<input type="checkbox"/> no entiende	<input type="checkbox"/> pocas palabras	<input type="checkbox"/> oraciones simples	<input type="checkbox"/> exhibe buena comprensión auditiva (equivalente a un hablante nativo).
En su idioma nativo su hijo(a) puede leer (decodificar y comprender)	<input type="checkbox"/> no puede leer ni comprender	<input type="checkbox"/> pocas palabras	<input type="checkbox"/> oraciones simples	<input type="checkbox"/> lee y comprende (equivalente a un hablante nativo).
En su idioma nativo su hijo(a) puede escribir	<input type="checkbox"/> No puede escribir	<input type="checkbox"/> pocas palabras	<input type="checkbox"/> oraciones simples	<input type="checkbox"/> escribe composiciones lógicas y gramaticalmente correctas. (equivalente a un hablante nativo).

Comentarios:

SALUD GENERAL

Los informes y diagnósticos de los médicos pueden ser muy útiles para el Comité 504/ARD, así como para el evaluador de dislexia. Adjunte una copia de los expedientes médicos de su hijo(a) para que el Comité 504/ARD y el evaluador de dislexia tengan una imagen completa de su hijo. Si prefiere, puede dar a Distrito el consentimiento por escrito para que soliciten directamente los expedientes al médico de su hijo(a). Por favor notifique al Coordinador de 504 o al evaluador para obtener los formularios necesarios.

¿Su hijo ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes condiciones?

Condición	Sí	No	¿La condición ha sido atendida por un médico? En caso de ser afirmativo, indique cómo se ha tratado (es decir, medicamentos, terapia, etc.)
ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Trastorno de oposición desafiante (Oppositional Defiant Disorder - ODD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Trastorno del Ánimo (Mood Disorder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Otra:

VISIÓN

Discapacidad visual (Vision Impairment)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Usa anteojos o lentes de contacto para ver objetos lejanos (miopía)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Usa lentes o lentes de contacto para ver objetos de cerca (hipermetropía)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

ESCUCHAR

Deficiencia auditiva _____
 Usa audífonos o utiliza dispositivos de asistencia _____

HITOS DE DESARROLLO

Instrucciones: Marque la casilla que mejor describa a su hijo(a). Sí No

¿Comparando su hijo(a) con otros niños de la familia, ¿su hijo(a) habló más tarde que sus compañeros? _____

¿Su hijo(a) habló "como bebé" más allá de la edad normal? _____

¿Su hijo(a) tuvo problemas para pronunciar palabras, por ejemplo "paca" por "vaca", "ferpiente" por "serpiente"? _____

¿Su hijo(a) no puede recordar la palabra correcta para los objetos? _____

¿Usa demasiado las palabras "cosas" o "esa cosa"? _____

¿Su hijo(a) tiene dificultad para contar y/o relatar historias en la secuencia correcta? _____

ANTES DE QUE EL NIÑO COMENZARA LA ESCUELA

¿Su hijo(a) tuvo problemas para aprender el alfabeto, los números, los días de la semana, los colores y las formas? _____

¿Su hijo(a) tuvo problemas para aprender a deletrear y escribir su nombre? _____

¿Su hijo(a) tuvo dificultades para aprender los sonidos de las letras? _____

¿Su hijo(a) fue capaz de armar rompecabezas de forma independiente antes de asistir a la escuela? _____

UNA VEZ MATRICULADO EN LA ESCUELA

¿Necesita su hijo(a) ayuda para completar sus tareas? _____

¿Prefiere su hijo(a) que le lean en lugar de leerle? _____

ÁREA DE MAYOR DOMINIO | TALENTOS ESPECIALES

Su hijo(a) tiene mayor dominio (buen desempeño) en estas áreas. Marque todo lo que corresponda.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Atletismo | <input type="checkbox"/> Escuchar | <input type="checkbox"/> Lectura |
| <input type="checkbox"/> Arte | <input type="checkbox"/> Estudios Sociales | <input type="checkbox"/> Operaciones matemáticas |
| <input type="checkbox"/> Ciencias | <input type="checkbox"/> Hablar | <input type="checkbox"/> Ortografía |
| <input type="checkbox"/> Composición escrita | <input type="checkbox"/> Música | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

ÁREAS DE PREOCUPACIÓN

¿A usted le preocupa algunas de estas áreas en su hijo(a)? Marque todas las necesarias.

ACADÉMICA	COMPORTAMIENTO
<input type="checkbox"/> Lectura	<input type="checkbox"/> Distracción
<input type="checkbox"/> Ortografía	<input type="checkbox"/> Concentración
<input type="checkbox"/> Matemáticas	<input type="checkbox"/> Hiperactividad
<input type="checkbox"/> Escritura a mano	<input type="checkbox"/> Destrezas sociales
<input type="checkbox"/> Tareas	<input type="checkbox"/> Visión
<input type="checkbox"/> Otra: _____	<input type="checkbox"/> Audición
	<input type="checkbox"/> Otra: _____

COMENTARIOS sobre sus preocupaciones en el área académica:	COMENTARIOS sobre sus preocupaciones en el área del comportamiento:
--	---

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Hay alguna información adicional sobre su hijo(a) o familia que le gustaría que el evaluador de la dislexia considerara al evaluar a su hijo(a) para la dislexia?

Firma del Padre o Tutor	Fecha	Nombre impreso del padre o tutor
Firma de la persona que ayudó a completar el cuestionario	Fecha	Nombre impreso de la persona que ayudó