

**PROGRAMA DE INTERVENCION ESTUDIANTIL**  
**INFORMACION DEL ESTUDIANTE Y FAMILIA**

**CONFIDENCIAL**

Nombre del Estudiante:		Fecha:	
Numero del Estudiante:		Fecha de Nacimiento:	
Maestro/a:		Edad:	
Escuela:		Grado:	
Nombre de los Padres:		Telefono:	
Domicilio:		Codigo Postal:	

**Por favor lista las fuerzas y intereses de su niño/a:**


**HISTORIAL DE SALUD**

	SI	NO	Comentarios (Por favor explique todas las respuestas respondidas "SI")
Tuvo problemas medicos durante el embarazo?			
Complicaciones al nacer?			
Problemas medicos en la infancia?			
Problemas medicos actualmente (ahora)?			
Problemas de vision o auditivos?			
Tardanza al gatear o caminar?			
Tardanza al hablar?			

**HISTORIAL DE EDUCACION**

	SI	NO	Comentarios (Por favor explique todas las respuestas respondidas "SI")
Asistio a clases pre-escolares?			
Asistio al kinder?			
Fue reprobado o retenido por sacar una nota mala?			
Asistio a clases especiales?			
Cualquier problema de aprendizaje?			

