

**THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA**  
**FORMULARIO DE INFORMACIÓN PARA PADRES (PIF)**

Estimados padres/tutores:

La información que proporcionen ayudará a planificar la educación de sus hijos. **Su aporte es muy importante, por lo que les pedimos responder todas las preguntas de la manera más completa y precisa posible.** Si necesitan ayuda, contáctense con la consejería escolar o el/la especialista en ESE de la escuela de sus hijos. Gracias por su cooperación.

**I. PERSONA QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO**

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

CARGO O PARENTESCO CON EL NIÑO/LA NIÑA \_\_\_\_\_

**II. DATOS DEMOGRÁFICOS DEL ESTUDIANTE**

ESTUDIANTE \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

ESCUELA \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_ MAESTRO(A) \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN ACTUAL DE EL/LA ESTUDIANTE \_\_\_\_\_

¿CUÁNTO TIEMPO HA VIVIDO EL/LA ESTUDIANTE EN EL CONDADO DE BROWARD? \_\_\_\_\_ ¿EN LA DIRECCIÓN ACTUAL? \_\_\_\_\_

¿VIVE EL/LA ESTUDIANTE CON AMBOS PADRES BIOLÓGICOS? SÍ[  ] NO[  ] SI NO, EXPLIQUE (Y DÉ LA FECHA DE ADOPCIÓN, SEPARACIÓN, DIVORCIO, MUERTE, ETC.) \_\_\_\_\_

¿TIENE EL/LA ESTUDIANTE CONTACTO CON UNO DE LOS PADRES SIN CUSTODIA? SÍ[  ] NO[  ] FRECUENCIA \_\_\_\_\_

MADRE/TUTOR \_\_\_\_\_

PADRE/TUTOR \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

TELÉFONO: Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

TELÉFONO: Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

EDUCACIÓN \_\_\_\_\_

EDUCACIÓN \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN \_\_\_\_\_

EDAD AL NACER SU HIJO(A) \_\_\_\_\_

EDAD AL NACER SU HIJO(A) \_\_\_\_\_

NOMBRES DE LOS HERMANOS/HERMANAS: SEXO EDAD VIVE EN LA CASA ESCUELA

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

NOMBRES DE OTRAS PERSONAS DE LA CASA:

PARENTESCO

EDAD

---



---

**III. INFORMACIÓN GENERAL****EMBARAZO, NACIMIENTO E HISTORIA DEL DESARROLLO:**

¿HUBO COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO? (POR FAVOR EXPLIQUE) \_\_\_\_\_

EMBARAZO \_\_\_\_\_ MESES PESO AL NACER \_\_\_\_\_ LIBRAS Y \_\_\_\_\_ ONZAS

DESCRIBA LA SALUD DE LA MADRE Y DEL NIÑO O NIÑA DURANTE Y DESPUÉS DEL NACIMIENTO \_\_\_\_\_

INDIQUE LA EDAD EN LA QUE EL NIÑO/LA NIÑA EMPEZÓ A:

SENTARSE \_\_\_\_\_ CAMINAR \_\_\_\_\_ IR AL BAÑO \_\_\_\_\_

HABLAR \_\_\_\_\_ DECIR ORACIONES \_\_\_\_\_

POR FAVOR EXPLIQUE SI SU HIJO(A) HA TENIDO ALGÚN PROBLEMA EN LAS SIGUIENTES ÁREAS DE DESARROLLO:

AUDICIÓN \_\_\_\_\_ COORDINACIÓN \_\_\_\_\_

VISIÓN \_\_\_\_\_ HABLA \_\_\_\_\_

COMUNICACIÓN \_\_\_\_\_ SOCIALIZACIÓN \_\_\_\_\_

¿HA RECIBIDO SU HIJO(A) TERAPIA DEL HABLA/LENGUAJE O ALGUNA OTRA TERAPIA EN EL PASADO?

SÍ[ ] NO[ ] EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE SALUD:**

INDIQUE CUÁNDO EL NIÑO/LA NIÑA TUVO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES:

FIEBRE ALTA \_\_\_\_\_ DOLORES DE CABEZA \_\_\_\_\_

INFECCIONES DE OÍDO \_\_\_\_\_ DIABETES \_\_\_\_\_

MENINGITIS \_\_\_\_\_ ASMA \_\_\_\_\_

ALERGIAS \_\_\_\_\_

CONVULSIONES (EXPLICAR): \_\_\_\_\_

ACCIDENTES (EXPLICAR): \_\_\_\_\_

LESIÓN EN LA CABEZA (EXPLICAR): \_\_\_\_\_

¿PERDIÓ SU HIJO(A) EL CONOCIMIENTO? NO[ ] SÍ[ ] ¿POR CUÁNTO TIEMPO? \_\_\_\_\_

OTROS (EXPLICAR): \_\_\_\_\_

¿HA SIDO EL NIÑO/LA NIÑA HOSPITALIZADO(A) ALGUNA VEZ? NO[ ] SÍ[ ]

MOTIVO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ ¿POR CUÁNTO TIEMPO? \_\_\_\_\_

MOTIVO \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ ¿POR CUÁNTO TIEMPO? \_\_\_\_\_

¿USA SU HIJO(A) ANTEOJOS/LENTES DE CONTACTO? NO[ ] SÍ[ ] FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN \_\_\_\_\_

¿USA SU HIJO(A) AUDÍFONOS? NO[ ] SÍ[ ] FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN \_\_\_\_\_

MÉDICO DE SU HIJO(A) \_\_\_\_\_ FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN \_\_\_\_\_

SALUD ACTUAL DE SU HIJO(A) \_\_\_\_\_

¿HA VISTO SU HIJO(A) EN ALGÚN MOMENTO UNO DE LOS SIGUIENTES PROFESIONALES?

PSICÓLOGO: ¿QUIÉN? \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ MOTIVO \_\_\_\_\_

PSIQUIATRA: ¿QUIÉN? \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ MOTIVO \_\_\_\_\_

NEURÓLOGO: ¿QUIÉN? \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ MOTIVO \_\_\_\_\_

CONSEJERO: ¿QUIÉN? \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ MOTIVO \_\_\_\_\_

¿CUÁL FUE EL RESULTADO/DIAGNÓSTICO? \_\_\_\_\_

¿ESTÁ EL NIÑO/LA NIÑA TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO ACTUALMENTE? NO[ ] SÍ[ ] ¿EMPEZÓ EN? \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA MEDICACIÓN \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL MEDICAMENTO \_\_\_\_\_

¿HAY ANTECEDENTES FAMILIARES DE PROBLEMAS MÉDICOS O DE SALUD MENTAL? NO[ ] SÍ[ ]

EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

¿HAY ALGÚN HISTORIAL FAMILIAR DE PROBLEMAS DE APRENDIZAJE? NO[ ] SÍ[ ] EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL EDUCATIVO:**

ENUMERAR TODAS LAS ESCUELAS DE ASISTENCIA DE ESTE(A) ESTUDIANTE (INCLUIR PREESCOLAR, SI HUBIERA):

NOMBRE DE LA ESCUELA	DIRECCIÓN	GRADO(S)	MOTIVO DE LA SALIDA
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

EDAD DE EL O LA ESTUDIANTE AL COMENZAR EL KINDERGARTEN \_\_\_\_\_ ¿REPITIÓ DE GRADO? NO[ ] SÍ[ ]

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿QUÉ GRADO? \_\_\_\_\_ ¿POR QUÉ? \_\_\_\_\_

**IV. FUNCIONAMIENTO ACTUAL**

**FUNCIONAMIENTO EDUCATIVO ACTUAL:**

¿CÓMO SE SIENTE SU HIJO(A) CON RESPECTO A LA ESCUELA? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿CÓMO SE SIENTE USTED CON RESPECTO AL PROGRAMA EDUCATIVO ACTUAL DE SU HIJO(A)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿TIENE SU HIJO(A) DIFICULTADES EN LA ESCUELA? NO  SÍ

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿CUÁL CREE QUE ES EL PROBLEMA? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿CUÁNDO Y CÓMO COMENZÓ ESTE PROBLEMA? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FACTORES DEL HOGAR:**

CÓMO SE LLEVA EL/LA ESTUDIANTE CON:

MAMÁ \_\_\_\_\_ HERMANAS \_\_\_\_\_

PAPÁ \_\_\_\_\_ HERMANOS \_\_\_\_\_

MARQUE LOS QUE REPRESENTEN UN PROBLEMA PARA SU HIJO(A) Y EXPLÍQUELO A CONTINUACIÓN:

COMER                     DORMIR                     ACCIDENTES EN EL BAÑO                     MORDERSE LAS UÑAS

EXCESO DE ACTIVIDAD    POCA ACTIVIDAD    MIEDOS INUSUALES    PESADILLAS

FALTAR A CLASE    FALTA DE ATENCIÓN    BERRINCHES/PATALETAS    DAÑO PROPIO

CONSUMO DE ALCOHOL/DROGAS                     ESCAPARSE                     CUMPLIR CON LAS REGLAS

PREOCUPARSE MUCHO                     LLEVARSE BIEN CON LOS DEMÁS                     TIC NERVIOSO

CHUPARSE EL DEDO PULGAR                     SENSIBILIDAD AL TACTO/LUZ/SONIDOS/TEXTURAS

EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿CÓMO ABORDA ESTOS PROBLEMAS DE CONDUCTA EN LA CASA (p.ej., DISCIPLINA, CONSECUENCIAS, ETC.)?

---

---

¿HAY ALGÚN ACONTECIMIENTO PASADO/PRESENTE QUE PUEDA HABER CONTRIBUIDO A LAS DIFICULTADES ACTUALES DE EL/LA ESTUDIANTE (p.ej., PÉRDIDA DE EMPLEO, ENFERMEDAD GRAVE, MUERTE DE UN SER QUERIDO, PANDEMIA DE COVID-19)? EXPLIQUE:\_\_\_\_\_

---

---

¿CÓMO PASA SU HIJO(A) LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO? SOLO(A)[  ] CON NIÑOS MÁS PEQUEÑOS[  ]  
CON NIÑOS DE LA MISMA EDAD[  ] CON NIÑOS MAYORES[  ] CON ADULTOS[  ]

¿SU HIJO(A) PASA TIEMPO CON AMIGOS FUERA DE LA ESCUELA? NO[  ] SÍ[  ] ¿CON QUÉ FRECUENCIA?\_\_\_\_\_

¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES INTERESES O PASATIEMPOS DE SU HIJO(A)?\_\_\_\_\_

---

---

---

**EN EL ESPACIO DE ABAJO, DESCRIBA LAS FORTALEZAS DE SU HIJO(A), SUS EXPECTATIVAS PARA ÉL O ELLA Y CUALQUIER COMENTARIO ADICIONAL:**

**(AÑADA MÁS HOJAS SI ES NECESARIO)**

COMENTARIOS DEL CUIDADOR 1: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

NOMBRE DEL CUIDADOR 1: \_\_\_\_\_

COMENTARIOS DEL CUIDADOR 2: \_\_\_\_\_

---

---

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL CUIDADOR 2: \_\_\_\_\_

**V. OTROS IDIOMAS**

**(COMPLETE LA SECCIÓN DE ABAJO SOLO SI EN CASA SE HABLA OTRO IDIOMA QUE NO SEA INGLÉS)**

¿HA VIVIDO SU HIJO(A) ALGUNA VEZ FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS? SÍ[ ] NO[ ]

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, ¿DÓNDE? \_\_\_\_\_ ¿DE QUÉ EDAD A QUÉ EDAD? DE \_\_\_\_ A \_\_\_\_

¿CUÁNTO TIEMPO VIVE SU FAMILIA EN LOS ESTADOS UNIDOS? \_\_\_\_\_

¿CON QUÉ FRECUENCIA VISITA SU HIJO(A) SU TIERRA NATAL? \_\_\_\_\_

¿EN QUÉ IDIOMA(S) HA RECIBIDO SU HIJO(A) EDUCACIÓN FORMAL? \_\_\_\_\_

¿QUÉ IDIOMA(S) SE HABLA(N) EN SU CASA? \_\_\_\_\_

¿EN QUÉ IDIOMA(S) HABLA CON SU HIJO(A)? \_\_\_\_\_

¿EN QUÉ IDIOMA(S) LOS MIEMBROS MAYORES DE LA FAMILIA HABLAN CON SU HIJO(A)? \_\_\_\_\_

¿EN QUÉ IDIOMA(S) OTROS NIÑOS HABLAN CON SU HIJO(A)? \_\_\_\_\_

¿EN QUÉ IDIOMA USA SU HIJO(A) HABLA CON USTED? \_\_\_\_\_

¿EN QUÉ IDIOMA SU HIJO(A) HABLA CON LOS MIEMBROS MAYORES DE LA FAMILIA? \_\_\_\_\_

¿EN QUÉ IDIOMA SU HIJO(A) HABLA CON OTROS NIÑOS? \_\_\_\_\_

¿EN QUÉ IDIOMA APRENDIÓ SU HIJO(A) A HABLAR PRIMERO? \_\_\_\_\_

¿A QUÉ EDAD COMENZÓ SU HIJO(A) A APRENDER INGLÉS? \_\_\_\_\_ ¿DÓNDE? \_\_\_\_\_

¿ESTÁ SU HIJO(A) EXPUESTO(A) A LA TELEVISIÓN, INTERNET, PERIÓDICOS, LIBROS, SERVICIOS RELIGIOSOS, ETC., EN SU LENGUA MATERNA REGULARMENTE? SÍ[ ] NO[ ]

¿TIENE ALGUNA PREOCUPACIÓN SOBRE LAS HABILIDADES LINGÜÍSTICAS DE SU HIJO(A)? SÍ[ ] NO[ ]

¿TIENE USTED O ALGUNA OTRA PERSONA DIFICULTAD PARA ENTENDER LO QUE DICE SU HIJO(A)? SÍ[ ] NO[ ]

SI RESPONDIÓ QUE SÍ, EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

¿HABLA SU HIJO(A) COMO SUS OTROS HIJOS? SÍ[ ] NO[ ] ¿...COMO OTROS NIÑOS DE SU MISMA EDAD?  
SÍ[ ] NO[ ]

¿HACE SU HIJO(A) CON FRECUENCIA GESTOS EN VEZ DE HABLAR? SÍ[ ] NO[ ]

¿TIENE SU HIJO(A) DIFICULTADES PARA RESPONDER PREGUNTAS EN INGLÉS O EN SU IDIOMA NATAL?

SÍ[ ] NO[ ] SI RESPONDIÓ QUE SÍ, EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

¿TIENE SU HIJO(A) DIFICULTAD PARA SEGUIR INSTRUCCIONES EN INGLÉS O EN SU IDIOMA NATAL?

SÍ[ ] NO[ ] SI RESPONDIÓ QUE SÍ, EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

¿ALGÚN MIEMBRO DE LA FAMILIA TIENE ANTECEDENTES DE DIFICULTADES DE COMUNICACIÓN? SÍ[ ] NO[ ]

**Gracias por completar este formulario.**