

Para el trabajador social o funcionario de libertad condicional: Si el padre, madre o tutor necesita ayuda para llenar este formulario, asegúrese de que reciba ayuda.

Para el padre, madre o tutor: Llene y firme este formulario. La información solicitada es necesaria para poder satisfacer las necesidades médicas, dentales, de salud mental y educativas de su hijo. La corte le ha indicado que proporcione la información médica, dental, de salud mental y educativa de su hijo. La corte también le ha indicado que proporcione su propia información médica, dental, de salud mental y educativa y, si la sabe, la misma información acerca del otro padre de familia o el tutor. Si necesita ayuda, el trabajador social o funcionario de libertad condicional le ayudará a llenar este formulario.

El secretario pone el sello de la fecha aquí cuando se presenta el formulario.

Sólo para información

No entregue a la corte

Escriba el nombre y la dirección de la corte:

Corte Superior de California, condado de

Escriba el número de caso cuando se presenta el formulario.

Número de caso:

No entregue a la corte

c. Hospital: _____

d. El peso de su hijo al nacer: _____

1 Su nombre: _____

Su parentesco con el niño: _____

Dirección de su casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Su dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Su teléfono: _____

2 Nombre de su hijo: _____

a. La fecha de nacimiento de su hijo: _____

b. ¿Dónde nació su hijo? _____

Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____

La salud del niño

3 ¿Tiene su hijo algún problema de salud física o mental? Sí No

Si responde que sí, ¿recibe su hijo algún tipo de ayuda, servicios o tratamiento para estos problemas? (*Explique*):

a. Alergias: _____

b. Lesiones: _____

c. Enfermedades: _____

d. Discapacidades: _____

e. Otro: _____

f. Otro: _____

4 ¿Toma su hijo algún medicamento? Sí No

Si responde que sí, anote los medicamentos y explique por qué su hijo los toma:

Medicamento y dosis	Por qué toma el medicamento	Fecha en que comenzó
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

5 ¿Cuándo vio un médico por última vez a su hijo?

Fecha: _____

Nombre del médico: _____

Dirección del consultorio del médico (*incluya ciudad, estado y cód. postal*): _____

Dirección postal del médico (*incluya ciudad, estado y cód. postal*): _____

Teléfono del médico: _____



Nombre del niño: **Sólo para información****6** ¿Cuándo vio un dentista por última vez a su hijo?

Fecha: _____

Nombre del dentista: _____

Dirección del consultorio del dentista (*incluya ciudad, estado y cód. postal*): _____Dirección postal del dentista (*incluya ciudad, estado y cód. postal*): _____

Teléfono del dentista: _____

7 Indique los nombres de todos los médicos, enfermeras, dentistas, hospitales, clínicas y otros proveedores de atención médica y sanadores que han visto a su hijo en los últimos dos años:

Nombre	Dirección (<i>ciudad, estado, código postal</i>)	Fecha de la última consulta	Razón de la consulta
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

8 ¿Qué médico, enfermera, dentista, hospital, clínica u otra persona tiene los registros médicos de su hijo?

a. Registros médicos: _____

b. Registros dentales: _____

c. Registros de salud mental: _____

9 ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una prueba de la vista a su hijo?

Fecha del examen: _____

Quién examinó la vista de su hijo: _____

Dirección (*incluya ciudad, estado y cód. postal*): _____

Teléfono: _____

10 ¿Usa anteojos su hijo? Sí No**11** ¿Usa su hijo un dispositivo de audición? Sí No**12** ¿Está cubierto su hijo por una póliza de seguro?a. Seguro médico Sí No (*Si responde que sí, especifique la póliza de seguro*): _____b. Seguro dental Sí No (*Si responde que sí, especifique la póliza de seguro*): _____c. Seguro de la vista Sí No (*Si responde que sí, especifique la póliza de seguro*): _____**Educación del niño****13** Antes de que retiraran a su hijo de su casa, ¿a qué escuela asistía su hijo?

Nombre de la escuela: _____

Dirección (*incluya ciudad, estado y cód. postal*): _____a. ¿Todavía se le permite y puede su hijo asistir a esta escuela? Sí Nob. Si responde que no, ¿aceptó renunciar al derecho de su hijo para permanecer en esta escuela? Sí Noc. Antes de que lo retiraran, ¿recibía su hijo o había recibido alguna asistencia o ayuda en la escuela o alguna evaluación, estudios, servicios o modificaciones para ayudarlo con alguna discapacidad física, mental o relacionada con el aprendizaje, o con alguna otra necesidad educativa especial? Sí No

(1) Si responde que sí, ¿qué evaluaciones, estudios, servicios o modificaciones recibía su hijo?

(2) ¿Quién le brindó a su hijo estos servicios educativos?

Nombre del niño: **Sólo para información**

- 13 d. Si corresponde, ¿tiene usted una copia del programa individualizado de educación (IEP), plan de la sección 504, plan familiar individual (IFP) o evaluación de calidad de vida de su hijo? Sí No
- e. ¿Cuál fue el primer idioma que aprendió a hablar su hijo? _____
- f. ¿Cuál es el idioma principal de su hijo? _____
- g. ¿Qué idioma usa usted con más frecuencia cuando le habla a su hijo? _____
- h. ¿Alguna escuela ha identificado alguna vez a su hijo como estudiante con dominio del inglés o como estudiante que aprende inglés? Sí No
- i. ¿Alguna vez se ha inscrito a su hijo en un programa especializado para aprender inglés? Sí No

- 14 Indique todas las demás escuelas o guarderías a las que ha asistido su hijo:
- Escuela (*nombre, ciudad, estado*): _____ Fechas de asistencia: _____
- Escuela (*nombre, ciudad, estado*): _____ Fechas de asistencia: _____
- Escuela (*nombre, ciudad, estado*): _____ Fechas de asistencia: _____
- Escuela (*nombre, ciudad, estado*): _____ Fechas de asistencia: _____

- 15 a. ¿En qué grado está su hijo? _____
- b. ¿Tiene alguna necesidad especial? Sí No
- Si responde que sí, descríbala:

- c. Si el niño tiene tres años o menos, ¿cree que el niño puede ser elegible para los servicios que le ayuden en su retraso motriz, de desarrollo o de otro tipo?

Si responde que sí, explique por qué:

¿Qué evaluaciones, estudios, servicios, tratamiento o modificaciones cree que podría necesitar el niño para su retraso?

- d. ¿Cree que el niño podría tener alguna discapacidad?

Si responde que sí, descríbala:

¿Qué evaluaciones, estudios, servicios, tratamiento o modificaciones cree que podría necesitar el niño para su discapacidad?



Nombre del niño: **Sólo para información**

16 ¿Se le ha limitado su derecho para tomar decisiones sobre la educación del niño? Sí No

Si responde que sí, ¿quién tiene el derecho de tomar decisiones sobre la educación del niño?

Nombre: _____

Parestesco con el niño: _____

Salud y educación del padre/madre biológico/a (El Código de Bienestar e Instituciones, sección 16010, le requiere proporcionar esta información sobre sí mismo/a. Si no quiere proporcionar esta información, hable con su abogado).

17 a. ¿Cuándo vio por última vez a un médico y a un dentista? _____

(1) ¿Qué problemas médicos son frecuentes en su familia?

(2) ¿Tiene usted problemas médicos o discapacidades?

(3) ¿Qué medicamentos toma?

Medicamento

Por qué toma el medicamento

_____	_____
_____	_____
_____	_____

b. ¿Cuál es su historial educativo?

(1) Última escuela a la que asistió (nombre, ciudad, estado): _____

(2) Último grado que terminó: _____

18 a. Si la conoce, proporcione la siguiente información acerca del otro padre de familia del niño:

(1) Nombre del otro padre/madre: _____

(2) Parentesco con el niño: _____



