



Northpoint School

FORMULARIO DE APLICACION
ESCUELA NORTHPOINT

I. Datos de Identificacion

Fecha: _____

Informacion del Estudiante

Nombre del Niño: _____ Edad: ___ Genero: ___ Fecha de Nacimiento: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Telefono Casa: () _____ Telefono Alterno: () _____

Informacion del Padre o Guardian

Nombre del Padre/Guardian: _____

Telefono Casa: () _____ Telefono Alterno: () _____

Direccion (si diferente que arriba): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Relacion con el Niño: _____

Nombre del Padre/Guardian: _____

Telefono Casa: () _____ Telefono Alterno () _____

Direccion (si diferente que arriba): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

Relacion con el Niño: _____

Informacion de Referencia

Aplicacion Completada por: _____ Relacion con el niño: _____

Por favor explique en sus propias palabras la naturaleza de las dificultades de su hijo/a: _____

Por favor describa las fortalezas de su hijo/a: _____

Como espera que la Escuela Northpoint ayude a su hijo/a?: _____

Referido por: _____
Distrito escolar de referencia: _____
Si es LAUSD, tiene la carta de referencia?
 Si
 No

II. Historia Escolar

Colocacion Escolar actual

Escuela de asistencia en este momento: _____ Grado actual: _____

Por cuanto tiempo ha asistido a esta escuela? _____

Fecha del IEP mas reciente: _____

Tipo de Escuela/Programa:

- Publica
- Privada
- Salon de educacion regular
- Salon de educacion regular con recursos
- Clase especial de dia con incorporacion
- Clase especial de dia sin incorporacion
- Escuela No Publica
- Programa de Escuela en casa

Otras Escuelas y Servicios

Instrucciones: Por favor escriba la lista de todas las escuelas a las que su hijo/a ha atendido que antes de su escuela actual. Por favor indique si estuvo en salon de clase de educacion regular o especial.

<u>Nombre</u>	<u>Tipo de Escuela/Programa</u>	<u>Fechas (desde-hasta)</u>	<u>Razon del cambio</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Instrucciones: Por favor indique todos los servicios que su hijo esta recibiendo actualmente.

Tipo de servicio (maque todos los que aplican):

- Habla/Lenguaje
- Educacion Fisica Adaptada.
- Terapia Ocupacional
- Consejeria DIS
- ERICS
- Medi-Cal
- Seguro Privado
- Wrap Around
- TBS
- FSP
- COEDS

Toma su hijo/a medicamentos actualmente?

- Si
- No

Si toma medicamentos, Que medicamentos toma actualmente? _____

Ha sido su hijo/a hospitalizado/a alguna vez por razon psiquiatrica?

- Si
- No

Si fue hospitalizado, Cuando fue hospitalizado? Por cuanto tiempo, y cual fue la razon? _____

Ha habido intervencion de DCFS? _____ Cuando? _____ Razon? _____

III. Comportamiento

Instrucciones: Por favor marque las conductas que aplican a su hijo/a.

- | | |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Agresion hacia otros | <input type="checkbox"/> Libertad Condicional |
| <input type="checkbox"/> Conducta autodestructiva | <input type="checkbox"/> Inquieto |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Evitar ir a la escuela |
| <input type="checkbox"/> Depresion | <input type="checkbox"/> Dificultad de Separacion |
| <input type="checkbox"/> Distraible | <input type="checkbox"/> Problemas de sueño |
| <input type="checkbox"/> Uso de drogas | <input type="checkbox"/> Robar |
| <input type="checkbox"/> Miedos | <input type="checkbox"/> Abuso de Sustancias |
| <input type="checkbox"/> Inmaduro | <input type="checkbox"/> Lloroso |
| <input type="checkbox"/> Miente | <input type="checkbox"/> Berrinches |
| <input type="checkbox"/> Oposicional | <input type="checkbox"/> Cansado |
| <input type="checkbox"/> Activo/Hiperactividad | <input type="checkbox"/> Problemas con la ley |
| <input type="checkbox"/> Pasivo/ Se aleja | <input type="checkbox"/> Absentismo escolar |
| <input type="checkbox"/> Quejas fisicas | |

Metas y Expectativas

Que metas y expectativas tiene usted para su hijo/a _____

Hay algo mas que le gustaria que nosotros sepamos de su hijo/a? _____