

**Colegios Comunitarios de California**  
**Servicios para Estudiantes con Incapacidades de Aprendizaje**

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO**

La Oficina del Canciller de los Colegios Comunitarios de California se compromete a proteger los derechos de las personas que han sido evaluadas para determinar su elegibilidad (LD) por incapacidad de aprendizaje. La siguiente información es presentada para que usted decida si desea participar en la evaluación de la elegibilidad LD.

Se le pide que complete varios instrumentos de valoración que nos ayudarán a determinar su elegibilidad para recibir los servicios que a través de la Oficina para Estudiantes con Incapacidades; se ofrecen a personas con incapacidades de aprendizaje. Las evaluaciones pueden incluir exámenes de habilidad, aprovechamiento, atributos de aprendizaje y encuestas.

Los resultados de estas pruebas son estrictamente confidenciales. Los resultados son utilizados para determinar la elegibilidad LD y para el desarrollo de los programas educativos apropiados. Los resultados se archivarán en computadoras además del cuadernillo de prueba. En algunos casos se utilizará la información descriptiva y los resultados de pruebas para proyectos de investigación aprobados por la Oficina del Canciller. Para asegurar su privacidad, esta información no podrá ser identificada personalmente.

Si tiene alguna pregunta, pida por clarificación. Además, si usted cree/siente que los resultados de las pruebas, su elegibilidad o evaluación es invalida, puede solicitar aclaraciones por medio de una petición.

La Ley de Prácticas de Información de 1977 (Secciones 1798, et seq del Código Civil) y el Acta de Privacidad Federal (Ley Pública 93-579) exigen que se entregue esta notificación cuando se recopile información personal del individuo. El Distrito del Colegio Comunitario y el Estado de California emplean la información requerida en este formulario con el único fin de identificar al estudiante autorizado para recibir servicios especiales. La información personal grabada en esta forma se mantendrá confidencial para protegerla de divulgación no autorizada. Podrán transferirse porciones de esta información a otro estado y a otras agencias públicas; sin embargo, la divulgación a estas entidades se hace estrictamente de acuerdo a los estatutos de confidencialidad actuales. Proveer información personal es estrictamente voluntario.

Al firmar esta forma de consentimiento, usted indica que está de acuerdo en participar en las actividades evaluativas indicadas anteriormente y que acepta que se use esta información tal como se describe.

**Entiendo esta información y estoy de acuerdo en completar la evaluación con el fin de determinar la elegibilidad para los servicios de aprendizaje a discapacitados.**

SÍ

NO

Escriba su nombre  
(con letra legible)

\_\_\_\_\_

#ID

\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

## ENTREVISTA PRE-EVALUATIVA SERVICIOS DE APRENDIZAJE A DISCAPACITADOS

**ESTUDIANTES:** La ley requiere que la Oficina del Canciller del sistema de colegios comunitarios recopile y retenga cierta información acerca de los estudiantes. Esta información incluye la etnicidad, sexo, edad, y condición de incapacidad de los estudiantes que solicitan servicios por medio del programa de servicios para estudiantes incapacitados.

La información que usted proporcione es estrictamente voluntaria. Sin embargo, es requisito que el colegio complete todas las preguntas ya que esta forma es el único medio que tiene para reunir la información requerida. Por esta razón, solicitamos su ayuda para completar la forma.

### INFORMACIÓN DESCRIPTIVA

Nombre (en letra legible) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono de Contacto \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

¿Se le puede llamar al trabajo?  Sí  No Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

Escriba el nombre de una persona a la que se le pueda notificar en caso de emergencias:

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

1. ¿Cómo se describe usted y su madre / tutora/? (Por favor marque una para cada categoría).

	<b>Usted</b>	<b>Madre/ Tutora</b>		<b>Usted</b>	<b>Madre/ Tutora</b>
Nativo (a) de Alaska .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Africano-Americano .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indio Americano .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No Hispano		
			Hispano		
Asiático			Centroamericano .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indio asiático .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chicano .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camboyano .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mexicano .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chino .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mexicano-Americano .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Japonés .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Suramericano .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coreano .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros tipos de hispano .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laociano .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Vietnamés .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blanco no-hispano .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros asiáticos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros tipos no-blancos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Filipino .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se niega a contestar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isleño del Pacífico .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No sabe .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### INFORMACIÓN DE REFERENCIA

2. ¿Quién lo refirió a nuestro programa y porque? \_\_\_\_\_

(Nombre)

(Agencia)

3. ¿Por qué quiere ser evaluado para determinar si tiene elegibilidad de incapacidad de aprendizaje?

---

---

4. ¿En qué áreas académicas ha experimentado dificultad? (Marque todas las que apliquen).

- |                          |                                                      |
|--------------------------|------------------------------------------------------|
| _____ Lectura            | _____ Para comprender conceptos                      |
| _____ Fluidez            | _____ Manteniendose con el flujo de clase            |
| _____ Ortografía         | _____ Para retener información                       |
| _____ Matemáticas        | _____ Para terminar las tareas a tiempo              |
| _____ Para tomar pruebas | _____ Para organizar trabajos escritos               |
| _____ Para estudiar      | _____ Para tener seguridad en sí mismo en la escuela |
| _____ Tomando notas      | _____ Para tener motivación                          |

Describe sus dificultades \_\_\_\_\_

---

---

---

---

5a. ¿Es o ha sido un cliente del Departamento de Rehabilitación?  Sí  No

• Si la respuesta es afirmativa, favor de identificar lo siguiente:

a. En ¿qué consiste su discapacidad según el criterio del Depto. de Rehabilitación?

---

b. Nombre del consejero de rehabilitación \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

c. ¿Cuál es su plan de rehabilitación? \_\_\_\_\_

5b. Es o era cliente del Centro Regional?  Sí  No

• Sí? Cual es el nombre de su Trabajador(a) Social? \_\_\_\_\_

6. ¿Usted recibe o recibió los servicios de cualquiera de estas agencias? (Marque todas las que apliquen).

- |             |               |                       |                       |
|-------------|---------------|-----------------------|-----------------------|
| _____ DSP&S | _____ EOPS    | _____ CalWorks        | _____ Ayuda Económica |
| _____ SSDI  | _____ Ninguna | _____ Otros Servicios |                       |

### **HISTORIA DE DESARROLLO**

7. ¿Existieron problemas de tipo médico o de desarrollo antes o después de su nacimiento o durante el parto?

Sí  No

• Si la respuesta es **sí**, explique \_\_\_\_\_

8. ¿Recuerda usted algo fuera de lo común durante su desarrollo infantil, por ejemplo: habla tardía; gateo o caminar tardío; problemas para usar las tijeras, escribir en letras de molde o al escribir a mano?

Sí

No

• Si la respuesta es **sí**, explique \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. ¿Le proporcionó su familia un ambiente estimulante en cuanto a lo siguiente?:

a. Escuchó el lenguaje hablado con frecuencia

Sí

No

b. Tuvo disponibles libros, revistas u otros materiales impresos?

Sí

No

c. Experiencias culturales (por ejemplo., museos, bibliotecas, etc.)

Sí

No

• Favor de explicar \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **HISTORIAL FAMILIAR**

10. ¿Tiene algún miembro de su familia problemas de aprendizaje?

Sí

No

• Si la respuesta es **afirmativa**, descríbalos \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. ¿Tiene algún miembro de su familia cualquier otro tipo de discapacidad (por ejemplo, ¿física, emocional, de la vista o deterioro al oír)?

Sí

No

• Si la respuesta es **afirmativa**, descríbala \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. Describa algún asunto familiar o personal que usted cree le pudo haber afectado su aprendizaje en el pasado.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. Describa algún asunto o problema familiar o personal que esté impactando su educación en este momento.

## HISTORIAL DE TRABAJO

14. ¿Está trabajando actualmente?  Sí  No

• Si la respuesta es **afirmativa**, por favor describa su empleo actual:

a. ¿Dónde? \_\_\_\_\_

b. ¿Cuáles son las responsabilidades en el trabajo? \_\_\_\_\_

c. ¿Número de horas a la semana? \_\_\_\_\_

d. ¿Cuál es su horario semanal de trabajo? \_\_\_\_\_

e. ¿Cuánto tiempo tiene trabajando en este empleo? Años \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Semanas \_\_\_\_\_

15. Describe any previous jobs, length of employment, and job duties. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

16. ¿Tiene problemas de la vista?  Sí  No

• Si la respuesta es **afirmativa**, descríbalos: \_\_\_\_\_

17. ¿Usa gafas o lentes de contacto?  Sí  No

18. ¿Ha tenido un examen de la vista en los últimos dos años?  Sí  No

• Si la respuesta es **afirmativa**, ¿En qué fecha? \_\_\_\_\_

19. ¿Tiene usted problemas del oído?  Sí  No

• Si la respuesta es **afirmativa**, descríbalos: \_\_\_\_\_

20. ¿Ha tenido infecciones del oído frecuentes o canales de plástico en los oídos?  Sí  No

21. ¿Usa usted un audífono (aparato para oír)?  Sí  No

22. ¿Se ha hecho un examen del oído en los últimos cinco años?  Sí  No

• Si la respuesta es **afirmativa**, ¿En qué fecha? \_\_\_\_\_

23. ¿Tiene usted alergias o asma?  Sí  No

• Si la respuesta es **afirmativa**, favor de contestar las siguientes preguntas:

a. Describa los padecimientos : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b. ¿Cómo le afectan en sus estudios las alergias, el asma, y/o los medicamentos?

\_\_\_\_\_

24. ¿Está tomando usted medicamentos actualmente?  Sí  No

• Si la respuesta es **sí**, por favor identifique lo siguiente:

a. Nombre(s) de/los medicamento(s) \_\_\_\_\_

b. Dosis \_\_\_\_\_

c. Para ¿cuál(es) padecimiento(s) \_\_\_\_\_

d. Efectos secundarios \_\_\_\_\_

25. ¿Alguna vez ha estado usted en un largo tratamiento tomando medicamentos?  Sí  No

• Si la respuesta es **sí**, descríballo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

26. ¿Alguna vez ha tenido usted dificultades con cualquiera de lo siguiente?

a. ¿atención?  Sí  No

b. ¿concentración?  Sí  No

c. ¿hyperactividad?  Sí  No

• Si la respuesta es **sí**, describa las dificultades que tiene al hacer lo siguiente:

a. Durante las horas de estudio \_\_\_\_\_

b. Durante la clase \_\_\_\_\_

c. Durante las pruebas o exámenes \_\_\_\_\_

27. ¿Se le ha hecho alguna evaluación para el Trastorno de Falta de Atención (Hiperactividad o ADHD)?

Sí  No

• Si la respuesta es **sí**, ¿Cuándo y quién la hizo? \_\_\_\_\_

¿Cuáles fueron los resultados? \_\_\_\_\_

28. ¿Ha sufrido alguna vez golpes o heridas en la cabeza?  Sí  No

• Si la respuesta es **sí**, ¿a qué edad? \_\_\_\_\_ ¿lo hospitalizaron?  Sí  No

Por favor explique \_\_\_\_\_

29. Alguna vez le han hecho un examen neurológico (ex. CAT Scan, MRI)?  Sí  No

• Si la respuesta es **sí**, favor de responder las siguientes preguntas:

a. A que edad? \_\_\_\_\_

b. Cual fué la razon? \_\_\_\_\_

30. ¿Ha estado alguna vez inconsciente debido a una enfermedad o lesión?  Sí  No

• Si la respuesta es **sí**, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Por favor explique \_\_\_\_\_

31. ¿Ha padecido alguna vez de ataques?  Sí  No

• Si la respuesta es **sí**, especifique la fecha y describa qué tipo de ataques: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

32. ¿Ha tenido alguna vez enfermedades, golpes o heridas graves?  Sí  No

• Si la respuesta es **afirmativa**, por favor especifique cuándo sucedió y describa el impacto que esto ha tenido en su educación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

33. ¿Tiene usted antecedentes de problemas de salud mental?  Sí  No

• Si la respuesta es **sí**, por favor conteste las siguientes preguntas:

a. ¿Ha estado hospitalizado por problemas de salud mental?  Sí  No

b. ¿Lo han tratado como paciente externo?  Sí  No

c. ¿Ha participado en asesoría de salud mental?  Sí  No

34. ¿Tiene usted antecedentes de abuso de drogas?  Sí  No

• Si la respuesta es **sí**, por favor conteste las siguientes preguntas:

a. ¿Ha sido hospitalizado alguna vez por abuso de drogas?  Sí  No

b. ¿Lo han tratado como paciente externo?  Sí  No

c. ¿Ha participado en asesoría de abuso de drogas?  Sí  No

d. ¿Por cuánto tiempo se ha mantenido sobrio? \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN ESCOLAR

35. ¿Hasta donde le sea posible acordarse, sabe ¿cuándo empezó a tener problemas en la escuela?

\_\_\_\_\_

36. ¿Por qué cree usted que ha tenido problemas en la escuela? (Marque todas las respuestas que apliquen).

\_\_\_ Discapacidad de aprendizaje específica \_\_\_ Tareas muy difíciles \_\_\_ Mala suerte

\_\_\_ Condiciones dentro de su casa \_\_\_ Falta de interés en la escuela \_\_\_ Aptitudes limitadas

\_\_\_ Problemas emocionales \_\_\_ Falta de oportunidad \_\_\_ Poca asistencia

\_\_\_ Desventajas económicas \_\_\_ Otros factores (especifique): \_\_\_\_\_

37. ¿Cambió usted frecuentemente de escuelas primarias o secundarias?  Sí  No

• Si la respuesta es **sí** explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

38. ¿Lo retuvieron en la escuela alguna vez? (por ejemplo ¿repitió algún grado?)  Sí  No

• Si la respuesta es **afirmativa** ¿Cuál(es) grado(s) y por qué? \_\_\_\_\_

39. ¿Le han hecho pruebas de elegibilidad para educación especial antes de inscribirse en el colegio?

Sí  No

• Si la respuesta es **afirmativa** ¿Cuándo y por qué? \_\_\_\_\_

40. ¿Alguna vez ha estado en clases de educación especial, compensatorias, o para superdotados?

Sí  No

• Si la respuesta es **afirmativa**, ¿Por favor indique qué clases? (Marque todas las que apliquen.)

\_\_\_\_\_ Clases especiales diurnas \_\_\_\_\_ Programas de recursos \_\_\_\_\_ Clases

Remediables

\_\_\_\_\_ Servicios de lenguaje oral y escrito \_\_\_\_\_ Superdotados \_\_\_\_\_ Otras

• ¿Si asistió a clases de educación especial o compensatorias, ¿en qué cursos de la preparatoria se integró al programa regular? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

41. ¿Qué otras actividades o asuntos escolares influyeron en su aprovechamiento? (por ejemplo, deportes, clubes, etc.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

42. ¿Dejó de asistir a la escuela entre el jardín de niños y el grado 12?  Sí  No

• Si la respuesta es **afirmativa**, por favor conteste las siguientes preguntas:

a. ¿En qué grado(s)? \_\_\_\_\_

b. ¿Por qué razón? \_\_\_\_\_

43. ¿Se graduó de la preparatoria?  Sí  No

• Si la respuesta es **sí**, a. escriba el nombre y ubicación de la escuela: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ b. fecha de graduación: \_\_\_\_\_

• Si la respuesta es **no**, ¿completó el programa para obtener el diploma de educación general (**GED**)

Sí  No

Si la respuesta es **sí**, ¿Cuándo? \_\_\_\_\_



44. ¿Ha asistido a otro colegio o universidad?  Sí  No

• Si la respuesta es **afirmativa**, ¿Dónde? \_\_\_\_\_

45. ¿Cuántos semestres/trimestres ha asistido usted al colegio? \_\_\_\_\_

46. ¿Cuántas unidades tiene acreditadas? \_\_\_\_\_

47. ¿En cuántas unidades (horas) está inscrito este semestre? \_\_\_\_\_ Unidades (horas)

48. ¿Le piden como requisito que lleve usted cierto número de unidades?  Sí  No

• Si la respuesta es **afirmativa**, ¿Cuántas unidades y por qué razón? \_\_\_\_\_

49. ¿Está usted actualmente en suspensión condicional académica?  Sí  No

• Si la respuesta es **sí**, ¿Por qué razón? \_\_\_\_\_

50. Haga una lista de todas las clases que lleva actualmente. Describa las dificultades que tiene en cada una de ellas. ¿Cuánto tiempo semanal pasa (incluyendo los sábados y domingos) estudiando y preparándose para cada una de estas clases?

Clase	Describa las Dificultades	Horas de Estudio Semanales
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

51. ¿Le ha mencionado las dificultades que tiene a su maestro o a un consejero?  Sí  No

\_\_\_\_\_

52. ¿Cuáles servicios de apoyo del colegio ha utilizado usted? \_\_\_\_\_

53. ¿En qué tipo(s) de clase(s) ha hecho buen trabajo? \_\_\_\_\_

54. ¿Cuáles son sus metas de estudio en el colegio? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Especialización \_\_\_\_\_

Consejero del Colegio \_\_\_\_\_

55. Anote el nivel más alto de clases de inglés, matemáticas, lectura, y de técnicas de estudio que haya terminado (incluyendo las de la preparatoria, si esto aplica.)

Clase	Nivel (Ejemplo, compensatorio, AA/AS, transferible)	Calificación Obtenida	Fecha en que Terminó
Inglés: _____	_____	_____	_____
Matemáticas: _____	_____	_____	_____
Lectura: _____	_____	_____	_____
Técnicas de Estudio: _____	_____	_____	_____

### **INFORMACIÓN LINGÜÍSTICA Y CULTURAL**

(Para completar esta sección, puede ser apropiado consultar a miembros de la familia quienes tal vez tengan información más a fondo.)

56. ¿Cuánto tiempo tiene de vivir en los Estados Unidos? \_\_\_\_\_

57. ¿Sale y entra a los Estados Unidos periódicamente?  Sí  No

• Si la respuesta es **sí**, descríballo: \_\_\_\_\_

58. ¿Lo criaron en la cultura de los Estados Unidos? (incluye asistencia a las escuelas, televisión, bibliotecas, etc.)  Sí  No

59. ¿Es el inglés su primer y único idioma?  Sí  No

• Si la respuesta es **no**, por favor conteste las preguntas siguientes:

a. ¿Qué otro(s) idioma(s) sabe? \_\_\_\_\_

b. ¿Qué idioma aprendió primero? \_\_\_\_\_

• Si contestó **SÍ** a las preguntas 58 Y 59 ¡PARE!

• Si contestó **NO** a la pregunta 60, complete la siguiente información suplemental cultural y de lenguaje.

• Si su primer idioma es el inglés, pero no creció expuesto a la cultura de los Estados Unidos, favor de completar las preguntas 61- 65 y luego pare.

## DIVERSIDAD LINGÜÍSTICA/CULTURAL (CLD) ENTREVISTA SUPLEMENTARIA

### INFORMACIÓN CULTURAL

1. ¿En qué cultura creció? \_\_\_\_\_

2. ¿Cuántos años pasó usted en esta cultura? \_\_\_\_\_

3. ¿Cuántos años pasó en escuelas de esta cultura? \_\_\_\_\_

4. Marque las experiencias culturales que usted considera ser diferentes de las de los Estados Unidos en cuanto al contacto que ha tenido:

___ Idioma inglés	___ Periódicos	___ Música
___ Escuela	___ Arte	___ Religión
___ Televisión	___ Teatro	___ Otros _____

5. Marque las diferencias en el contenido de las clases que tomó y las clases que se imparten en las escuelas de los Estados Unidos.

___ Idioma inglés	___ Historia	___ Geografía
___ Ciencia	___ Otros _____	

### INFORMACIÓN SOBRE IDIOMA PRINCIPAL

6. ¿Cuál fue su primer idioma? \_\_\_\_\_

7. Marque los problemas que tuvo cuando aprendió su primer idioma.

- |                                                                   |                             |                             |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a. ¿Se tardaba en entender lo que le decían?                      | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| b. ¿Se tardaba en aprender nuevo vocabulario y usarlo?            | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| c. ¿Se tardaba en contestar cuando le hablaban?                   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| d. ¿Tenía dificultad para encontrar las palabras que quería usar? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| e. ¿Tenía dificultad para decir lo que quería decir?              | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| f. ¿Tenía dificultad para poner sus ideas en orden?               | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| g. ¿Tenían dificultad las otras personas para entenderlo?         | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| h. ¿Tenía dificultad para seguir el tema de la conversación?      | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

8. ¿En cuál de las áreas arriba mencionadas todavía tiene dificultad? \_\_\_\_\_

### EDUCACIÓN PREVIA – PRE ESCOLAR

9. ¿Asistió usted a la escuela primaria?  Sí  No

• Si la respuesta es **sí**, era una escuela  Pública o  Privada

10. ¿Participó usted en clases preescolares bilingües?  Sí  No

• Si la respuesta es **sí**, ¿en qué idiomas? \_\_\_\_\_

11. ¿Tomó usted clases de Inglés como Segunda Lengua en la preescolar?  Sí  No
- Si la respuesta es **sí**, a. ¿Por cuántos años? \_\_\_\_\_ Años
  - b. ¿Cuántas horas al día? \_\_\_\_\_ Horas por día
12. ¿Asistió a la escuela preescolar regularmente?  Sí  No
13. ¿Qué cualidades y fallas reportaron sus maestros del preescolar?
- 

### **EDUCACIÓN PREVIA-PRIMARIA**

14. ¿Asistió usted a la escuela primaria?  Sí  No
- Si la respuesta es **sí**, era  Pública o  Privada
15. ¿Participó en clases bilingües en la escuela primaria?  Sí  No
- Si la respuesta es **sí**, ¿en qué idiomas? \_\_\_\_\_
16. ¿Tomó usted clases de Inglés como Segunda Lengua en la escuela primaria?  Sí  No
- Si la respuesta es **sí**, a. ¿Por cuántos años? \_\_\_\_\_ Años
  - b. ¿Por cuántos períodos al día? \_\_\_\_\_ Períodos
17. ¿Asistió usted regularmente a la escuela primaria?  Sí  No
- Si la respuesta es **no**, describa su asistencia \_\_\_\_\_
18. ¿Cómo se comparaba su aprendizaje en la escuela primaria con el de sus compañeros de clase?
- 
19. ¿Qué cualidades y fallas reportaron sus maestros de la escuela primaria?
- 

### **EDUCACIÓN PREVIA - SECUNDARIA (GRADOS 7 – 8)**

20. ¿Asistió usted a la secundaria?  Sí  No
- Si la respuesta es **sí**, era  Pública o  Privada
21. ¿Participó usted en clases bilingües en la secundaria?  Sí  No
- Si la respuesta es **sí** ¿en qué idiomas? \_\_\_\_\_
22. ¿Tomó usted clases de inglés como Segunda Lengua en la secundaria?  Sí  No
- Si la respuesta es **sí**,
  - a. ¿Por cuántos años? \_\_\_\_\_ Años
  - b. ¿Cuántos períodos al día? \_\_\_\_\_ Períodos

23. ¿Asistió usted regularmente a la secundaria?  Sí  No

• Si la respuesta es **no**, describa su asistencia \_\_\_\_\_

24. ¿Cómo se comparaba su aprendizaje en la secundaria con el de sus compañeros de clase?

\_\_\_\_\_

25. ¿Qué cualidades y fallas reportaron sus maestros en la secundaria?

\_\_\_\_\_

### **EDUCACIÓN PREVIA – PREPARATORIA ( GRADOS 9-12)**

26. ¿Asistió usted a la preparatoria?  Sí  No

• Si la respuesta es **sí**, era  Pública o  Privada

27. ¿Participó usted en clases bilingües en la preparatoria?  Sí  No

• Si la respuesta es **sí**, ¿en qué idiomas? \_\_\_\_\_

28. ¿Tomó usted clases de inglés como Segunda Lengua en la preparatoria?  Sí  No

• Si la respuesta es **sí**,

a. ¿Por cuántos años? \_\_\_\_\_ Años

b. ¿Cuántos períodos al día? \_\_\_\_\_ Períodos

29. ¿Asistió usted a la preparatoria regularmente?  Sí  No

• Si la respuesta es **no**, describa su asistencia \_\_\_\_\_

30. ¿Cómo se comparaba su aprendizaje en la preparatoria con el de sus compañeros de clase?

\_\_\_\_\_

31. ¿Qué cualidades y fallas reportaron sus maestros en la preparatoria?

\_\_\_\_\_

32. Describa el idioma de la instrucción, calidad de la instrucción, cualidades y fallas de su aprendizaje cuando usted estaba en

a. 1<sup>er</sup> al 5<sup>o</sup> grado \_\_\_\_\_

b. 6<sup>o</sup> al 8<sup>o</sup> grado \_\_\_\_\_

c. 9<sup>o</sup> al 12<sup>o</sup> grado \_\_\_\_\_

33. Marque las dificultades, relacionadas con la escuela, que usted tenía cuando estaba aprendiendo su primera lengua:

___ Para entender la lengua	___ Para recordar	___ Para encontrar errores en los trabajos
___ Para expresarse	___ Para leer palabras	___ Para aprender factores de matemáticas
___ Para aprender nuevo vocabulario	___ Para comprensión de lectura	___ Para cálculos matemáticos
___ Para aprender nuevas ideas y conceptos	___ Para organizar la escritura	___ Para problemas de matemáticas usando palabras

## **EXPERIENCIA CON EL INGLÉS COMO SEGUNDA LENGUA (ESL)**

34. ¿A qué edad comenzó a aprender ESL? \_\_\_\_\_

35. ¿Cuántos años de ESL estudió usted en clases formales? \_\_\_\_\_

36. ¿Interrumpió usted sus clases de ESL?  Sí  No

• Si la respuesta es **sí**, describa \_\_\_\_\_

37. Describa el tipo de instrucción de ESL que recibió:

a. \_\_\_\_\_ Maestro de ESL \_\_\_\_\_ minutos de instrucción de ESL al día/a la semana

b. \_\_\_\_\_ Ayudante de ESL \_\_\_\_\_ minutos de instrucción de ESL al día/a la semana

c. \_\_\_\_\_ Programa externo o \_\_\_\_\_ Instrucción dentro de clase

38. Marque los problemas que ha tenido para aprender el inglés:

\_\_\_\_\_ Dificultad con la pronunciación

\_\_\_\_\_ Dificultad para entender el inglés

\_\_\_\_\_ Dificultad para hablar

\_\_\_\_\_ Dificultad para escribir el inglés

\_\_\_\_\_ Vocabulario

\_\_\_\_\_ Dificultad para aprender vocabulario

\_\_\_\_\_ Gramática

\_\_\_\_\_ Dificultad para aprender gramática

\_\_\_\_\_ Oraciones

\_\_\_\_\_ Oraciones

\_\_\_\_\_ Formación de oraciones  
para expresarme

\_\_\_\_\_ Formación de oraciones para expresarme

\_\_\_\_\_ Encontrar errores en mi escritura

39. Describa su progreso en clases de ESL comparado con el de sus compañeros que tienen la misma formación cultural.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **EDUCACIÓN ACTUAL**

40. ¿Cuál es el grado escolar más alto que ha terminado? \_\_\_\_\_

41. ¿Cuántos años han pasado desde que asistió a la escuela por última vez? \_\_\_\_\_

42. ¿Ha sido interrumpida su educación universitaria?  Sí  No

• Si la respuesta es **sí**, describa \_\_\_\_\_

43. ¿Continúa usted leyendo/escribiendo en su primera lengua?  Sí  No

• Si la respuesta es **sí**,

a. ¿Con qué frecuencia y cuánto lee? \_\_\_\_\_

b. ¿Qué tipo de material lee? \_\_\_\_\_

## **ADMINISTRADOR DE EXAMEN SOLAMENTE**

Artículos **104** y **105** aplican a estudiantes ESL e Inglés no-nativo unicamente.

**104.** Como Examinador, como calificaría la redacción oral en Inglés del alumno?

<b><u>Evaluación</u></b>	<b><u>Criterio</u></b>
_____ Excelente	Comprende el Inglés; Sigúe todas las instrucciones en secuencia y sin ayuda.
_____ Altamente Satisfactorio	Comprende el Inglés oral; con un mínimo de menos de un cuarto (25 artículos o menos) en respuesta a entrevista pre-evaluativa.
_____ Satisfactorio	Debido a las dificultades de redacción oral en Inglés, requiere asistencia del administrador en completar de un cuarto a mitad (26 a 50 artículos) en respuestas a entrevista pre-evaluativa.
_____ Insatisfecho	Requiere la asistencia del examinador para completar la mitad a tres cuartos (51 a 75 ítems) de la Entrevista de Admisión III debido a dificultades en la traducción del idioma nativo al inglés; las instrucciones necesitan ser repetidas y explicadas.
_____ Bajo	Incapaz de poder entender palabras o frases; requiere la asistencia de un intérprete y/o examinador para completar tres cuartos (76 o más ítems) de la Entrevista de Admisión.

**105.** Como calificaría la expresión oral en Inglés del alumno(a)?

### **Criterio Evaluativo**

_____ Excelente	Habla el Inglés con fluidez; responde a las preguntas e inicia sus propias indagaciones en conversación; uso de enunciados sencillos y complicados con expresiones ideáticas y sin errores.
_____ Altamente Satisfactorio	Pocas ocurrencias de errores de pronunciación; Entrevista conducida únicamente en inglés; estudiante conversa en enunciados sencillos pero correctos.
_____ Satisfactorio	Errores de pronunciación son evidentes pero no impiden la comunicación fluida; vocabulario del estudiante es limitado; gramática puede ser incorrecta.
_____ Insatisfecho	Errores de pronunciación son constantes; diálogo es difícil de comprender; estudiante utiliza dialectos o palabras extranjeras; administrador de examen se encuentra traduciendo palabras en el idioma nativo del estudiante.
_____ Bajo	Incapaz de hablar inglés; requiere asistencia de intérprete.





## Escala de Autoinforme del TDAH en Adultos (ASRS-v I.I) - Lista de Síntomas

Nombre del Paciente	Fecha					
<p>Por favor, responde las preguntas a continuación, calificándote en cada uno de los criterios mostrados utilizando la escala que se encuentra en el lado derecho de la página. A medida que respondas cada pregunta, coloca una X en el círculo que mejor describa cómo te has sentido y comportado durante los últimos 6 meses. Por favor, entrega esta lista completada a tu profesional de la salud para discutirla durante la cita de hoy.</p>		Nunca	Rara vez	A veces	Seguido	Muy seguido
1. ¿Con qué frecuencia tienes dificultades para concluir los detalles finales de un proyecto, una vez que las partes más difíciles han sido completadas?						
2. ¿Con qué frecuencia tienes dificultades para organizar las cosas cuando tienes que realizar una tarea que requiere organización?						
3. ¿Con qué frecuencia tienes problemas para recordar citas u obligaciones?						
4. ¿Con qué frecuencia evitas o retrasas comenzar una tarea que requiere mucho pensamiento?						
5. ¿Con qué frecuencia te sientes inquieto o con la necesidad de mover las manos o los pies cuando tienes que sentarte durante mucho tiempo?						
6. ¿Con qué frecuencia te sientes excesivamente activo y obligado a hacer cosas, como si estuvieras impulsado por un motor?						
<b>Parte A</b>						
7. ¿Con qué frecuencia cometes errores de descuido cuando tienes que trabajar en un proyecto aburrido o difícil?						
8. ¿Con qué frecuencia tienes dificultades para mantener tu atención cuando estás haciendo trabajo aburrido o repetitivo?						
9. ¿Con qué frecuencia tienes dificultad para concentrarte en lo que las personas te dicen, incluso cuando te hablan directamente?						
10. ¿Con qué frecuencia extravías o tienes dificultad para encontrar cosas en casa o en el trabajo?						
11. ¿Con qué frecuencia te distraes por la actividad o el ruido a tu alrededor?						
12. ¿Con qué frecuencia te levantas de tu asiento en reuniones u otras situaciones en las que se espera que permanezcas sentado?						
13. ¿Con qué frecuencia te sientes inquieto o nervioso?						
14. ¿Con qué frecuencia tienes dificultades para relajarte y descansar cuando tienes tiempo para ti mismo?						
15. ¿Con qué frecuencia te encuentras hablando demasiado cuando estás en situaciones sociales?						
16. ¿Con qué frecuencia te encuentras terminando las frases de las personas con las que hablas, antes de que ellas mismas puedan terminarlas?						
17. ¿Con qué frecuencia tienes dificultades para esperar tu turno en situaciones en las que se requiere tomar turnos?						
18. ¿Con qué frecuencia interrumpes a otros cuando están ocupados?						
<b>Parte B</b>						