

4- SITUACIÓN HABITACIONAL. Marque con una X la opción correcta

vivienda propia		vivienda alquilada	
antisísmica		no antisísmica	

Servicios

luz		gas de red		teléfono fijo		acceso a internet	
agua potable de red		cloacas		tv cable o plataforma (ej. Netflix)		computadora en la casa	

Distribución de los integrantes de la familia por habitación

.....

5- ASPECTOS RELACIONADOS CON EL GRUPO FAMILIAR

¿Qué cosas considera valiosas e importantes en su familia?

.....

¿Existe alguna intervención Judicial dentro del grupo familiar? SI..... NO.....

En caso afirmativo, especifique (ej. prohibición de acercamiento, divorcio, régimen de comunicación) Subraye o complete según corresponda: separación de los padres / divorcio /prohibición de acercamiento / régimen de visitas o comunicación/ cuota alimentaria / intervención de ETI / PPMI ,

Otra, ¿Cuál ?.....

Durante el último año, su hijo/a ha vivido alguna situación de dolor, estrés o sufrimiento grande (fallecimiento de alguna persona significativa <quién/quienes, cómo, cuándo>, bullying, autolesiones, episodios de violencia, otros).....

¿Le asignan alguna tarea en el hogar? ¿Cuál?

.....

6- ASPECTOS RELACIONADOS CON EL / LA ESTUDIANTE:

- ¿A qué escuela/s primaria/s asistió? ¿Qué horario de cursado tenía? (Turno M. o T.)

- ¿Cómo fue su rendimiento escolar?

- ¿En qué materias presentó mayor dificultad?

- ¿Ha tenido algún tipo de adaptación/es o ajuste/s especiales en los contenidos y/o tareas?

- Su hijo/a realiza alguna actividad sociocultural (artística, religiosa, deportiva, etc.)

SI- NO ¿Cuál/es?..... ¿Dónde?.....

- ¿Cómo es la forma de ser de su hijo/a?

.....

Ante la necesidad de ponerle un límite a su hijo/a ¿cómo es su modo de hacerlo?

5- ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SALUD

- ¿Algún/os integrante/s del *grupo familiar* presenta problema/s de salud?.....
- En caso afirmativo, mencione quiénes, qué tipo de enfermedad y tratamiento que lleva/n a cabo
- ¿Qué enfermedad/es ha tenido su hijo/a?
- ¿Ha tenido accidente/s? En caso afirmativo: qué tipo de accidente/s, ¿cuándo ocurrieron?
- ¿Ha tenido operación/es? En caso afirmativo: ¿cuál/es? ¿Cuándo?
- ¿Presenta alguna enfermedad de tipo crónica (de largo tiempo y tratamiento)
- ¿Alguna vez requirió apoyo psicológico, psicopedagógico, fonoaudiológico? ¿Cuándo?
¿Qué duración tuvieron los tratamientos? ¿Cuáles fueron los motivos?
- ¿Actualmente, realiza algún tratamiento? ¿Cuál? ¿Motivo? (Alguna medicación permanente)
- ¿Posee CUD (Certificado Unico de Discapacidad)?.....

Organización de la Rutina o Hábitos

- ¿Cómo describiría a su hijo en los siguientes hábitos?
 - *Sueño* (cantidad de horas, horario en que se acuesta y se levanta):.....
 - *Alimentación* (variada, exclusiva, preferencias):.....
 - Cantidad de horas frente a las *Pantallas* (celular, compu, tv).....

6- EXPECTATIVAS

- ¿Qué espera de la Escuela?
- ¿Qué espera de su hijo/a?
- ¿Quisiera agregar algo más que no le hayamos preguntado?

Muchas gracias por ayudarnos a conocer más a su familia y a su hijo/a. Cualquier inquietud lo/la esperamos en el Servicio de Orientación

.....
Firma de padre/madre o tutor/a

.....
Aclaración