

ESCUELAS DEL DISTRITO 4J

SERVICIOS DE SALUD

Nombre del Estudiante _____ Escuela _____

Fecha de Nacimiento _____ Fecha _____ Grado _____

TDA- TDAH Evaluación

Usted ha verificado en los registros escolares que este estudiante tiene **trastorno por déficit de atención (TDA) o trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)** Por favor complete este formulario y devuélvalo a la escuela de su estudiante para que la información apropiada se pueda compartir con el personal de la escuela. La enfermera de su escuela está disponible para consultas.

¿En qué año / grado se diagnosticó TDA o TDAH?? _____

TDA – TDAH está siendo tratado por el Doctor? _____

¿SE NECESITAN MEDICAMENTOS PARA TRATAR EL TDA - TDAH? Sí _____ No _____

	MEDICAMENTOS	CANTIDAD TOMADA	HORA
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____

(Marque con un círculo el número de cualquiera de estos medicamentos que debe tomar en la escuela).

¿Otro tratamiento para el TDA o el TDAH? _____

¿Cuáles son las fortalezas más comunes que tiene su estudiante en la escuela? _____

¿Cuáles son las dificultades más comunes que tendría su hijo en la escuela? _____

¿Qué puede hacer la escuela que sea de ayuda? _____

¿Le preocupan las dificultades de aprendizaje? _____

¿Tiene su estudiante un programa educativo individualizado (PEI*) activo o un plan educativo? _____

HS: TDA-TDAH rev 11-13

Nombre del estudiante _____

Contacto Padre/Tutor #1	Contacto de emergencia #2	Contacto de emergencia #3
Nombre _____	Nombre _____	Nombre _____
Relación _____	Relación _____	Relación _____
Dirección _____	Dirección _____	Dirección _____
Teléfono: (C) _____ (T) _____	Teléfono: (C) _____ (T) _____	Teléfono: (C) _____ (T) _____
Celular _____	Celular _____	Celular _____

Para proveer una experiencia educativa a su hijo, la información anterior se compartirá con el personal de la escuela, se incluirá en el registro de salud escolar de su hijo y se podrá compartir electrónicamente.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

DEVUELVA ESTE FORMULARIO A LA ESCUELA

=====

	FECHA	FIRMA/INICIAL
ENTRADA AL SISTEMA DE COMPUTADORA DEL ESTUDIANTE _____	_____	_____
INFORMACIÓN COMPARTIDA CON EL PERSONAL _____	_____	_____

Notas Adicionales: _____

