

Cuestionario para maestros

Respuestas para maestros o maestros de educación en el hogar sobre el cuestionario

Uno de sus estudiantes actuales o anteriores ha presentado un reclamo para beneficios por incapacidad. Necesitamos información por parte suya para ayudarnos a tomar una decisión. Por favor llene el cuestionario adjunto.

Q. ¿Por qué necesita información de parte mía?

A. Para decidir si un niño califica para beneficios por incapacidad, utilizamos información de ambas fuentes médicas y no médicas. Las fuentes médicas incluyen médicos y otros profesionales de la salud; las fuentes no médicas incluyen maestros y otras personas que pasan tiempo con el niño. La información de fuentes que conocen bien al niño es importante porque el nivel de funcionamiento de un niño en la escuela, en el hogar o en la comunidad puede afectar su derecho a recibir beneficios. La información que usted proporcione sobre el funcionamiento diario del niño en la escuela nos ayudará a determinar los efectos del impedimento del niño. También nos ayudará a comparar el funcionamiento de este niño a la de otros niños de la misma edad que no tienen impedimentos. Necesitamos esta información aunque usted haya enseñado (o enseñó) al niño solamente por poco tiempo. Su información no es la única que vamos a tener en cuenta cuando decidamos si el niño califica para beneficios por incapacidad, pero es muy importante para nosotros.

Q. ¿Es esta solicitud redundante? Nosotros (u otros) ya hemos evaluado este niño bajo la *Ley de Educación para Individuos con Incapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés)*

A. La definición de incapacidad en la *Ley del Seguro Social* está completamente separada de la definición de «incapacidad educativa» en la *Ley de IDEA*. Debemos determinar si el(los) impedimento(s) de un niño cumplen con la definición de incapacidad de la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés), independientemente de la situación del niño bajo la definición de incapacidad educativa de la ley de IDEA.

Q. Yo no creo que el niño tiene una incapacidad. ¿Debo llenar este formulario?

A. Sí. Bajo la *Ley del Seguro Social*, somos responsables de decidir si este niño tiene una incapacidad, y tomaremos una decisión basada en toda la información médica, escolar y otra información que recibamos. Sus observaciones nos ayudarán a tener una visión más completa del funcionamiento diario del niño y a tomar una decisión justa y precisa. El que usted llene este formulario no constituye un respaldo a nuestra decisión.

Q. El formulario es largo. ¿Tengo que contestar todas las preguntas?

A. No siempre. El formulario utiliza casillas y preguntas de elección múltiple para ayudarle a proveer información específica de la manera más fácil y rápida posible, así que no es tan largo como parece. También organizamos el formulario en secciones que cubren amplios dominios de funcionamiento. En cada sección, hay una opción para marcar una casilla que indica que no ha observado ninguna limitación en ese dominio. Cuando no ha observado ninguna limitación en un dominio, usted puede marcar esa casilla y continuar con la siguiente sección.

Apreciamos su cooperación, tiempo y esfuerzo en llenar este cuestionario.

Declaración de la *Ley de confidencialidad* Recopilación y uso de información personal

Las secciones 202, 221, 223, 1614(a), 1631(e) y 1633 de la *Ley del Seguro Social*, según enmendada, nos autoriza a recopilar esta información. El proveernos esta información es voluntario. Sin embargo, no proveer toda o parte de la información que se solicita, podría impedirnos tomar una decisión correcta y oportuna sobre el derecho del aplicante sobre cualquier solicitud presentada.

Usaremos la información que usted provee para determinar el derecho a beneficios. También podemos compartir su información para los siguientes propósitos, llamados usos de rutina:

1. A empresas específicas y otros miembros de la comunidad y a agencias federales, estatales y municipales para la verificación de derecho a beneficios bajo la sección 1631(e) de la *Ley del Seguro Social*; y
2. A agencias federales, estatales y municipales (o agentes que los representan), para administrar programas de ingresos para el mantenimiento de la salud, incluyendo programas bajo la *Ley del Seguro Social*.

Además, podemos compartir esta información de acuerdo con la *Ley de confidencialidad* y otras leyes federales. Por ejemplo, cuando esté autorizado, podemos usar y divulgar esta información en programas de cotejo por computadora, en los que nuestros registros se comparan con otros registros para establecer o verificar el derecho de una persona para los programas de beneficios federales y para el pago de deudas incorrectas o delincuentes bajo estos programas.

Una lista adicional de usos de rutina está disponible en nuestro *Privacy Act System of Records Notices* (Sistema de registro de avisos de la *Ley de Confidencialidad* [SORN, por sus siglas en inglés]) 60-0089, *Claims Folders Systems* (Sistema de registro de reclamaciones) publicado en el Federal Register (Registro Federal [FR, por sus siglas en inglés]), en Octubre 31 de 2019, en 84 FR 58422 y 60-0320, *Electronic Disability (eDIB) Claim File* (Registro electrónico de reclamaciones por incapacidad [eDIB, por sus siglas en inglés]), según publicado en el FR en Junio 4 de 2020, en 85 FR 34477. Información adicional y una lista completa de todos nuestros SORN están disponibles en nuestro sitio de internet en www.ssa.gov/privacy (solo disponible en inglés).

Declaración de la *Ley de reducción de trámites*

Esta recopilación de información cumple con los requisitos de 44 U.S.C. §3507, según enmendada por la sección 2 de la *Ley de reducción de trámites del 1995*. No tiene que contestar estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido de la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). Calculamos que le tomará 40 minutos leer las instrucciones, reunir los datos y contestar las preguntas. Si tiene preguntas sobre cómo completar el formulario, contacte a la oficina solicitante; vea en la página 3, esquina superior izquierda, para obtener el nombre, la dirección y el número de teléfono de la oficina solicitante. Si necesita la dirección o número de teléfono de la oficina solicitante, puede conseguirlo llamando al Seguro Social al 1-800-772-1213, y oprima el 7 para español (TTY 1-800-325-0778). ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO A LA OFICINA SOLICITANTE. *Puede enviar comentarios sobre nuestro cálculo del tiempo a: SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401. Envíe solo comentarios relacionados con nuestro cálculo de tiempo a esta dirección, no el formulario completado.*

POR FAVOR RETIRE ESTA HOJA ANTES DE REGRESAR EL FORMULARIO COMPLETADO

Nombre y dirección de la oficina solicitante oficina

Adjunte una etiqueta o escriba el nombre del reclamante

Cuestionario para maestros

Este formulario debe ser completado por la(s) persona(s) más familiarizadas con el funcionamiento general del niño.

Nombre de la escuela:

1. ¿Cuánto tiempo ha conocido, o conoció, a este niño?

2. ¿Cuánto tiempo ha conocido, o conoció, a este niño?

Para que materias:

3. Nivel de grado actual:

| | Niveles de enseñanza actuales | Servicios y frecuencia de educación especial |
|---|-------------------------------|--|
| | Nivel de lectura: | |
| | Nivel de matemáticas: | |
| Proporción de estudiantes/ maestros: | Nivel de lenguaje escrito: | |

4. ¿Hay, o hubo, un grado inusual de ausentismo? Sí No Si sí, por favor explique:5. Idioma dominante: Inglés Español Otro (por favor especifique)

6. Otros nombres por los que se conoce al niño:

IMPORTANTE

Por favor compare el funcionamiento de este niño al de otros niños de la misma edad que no tienen un impedimento

Si el niño está recibiendo servicios de educación especial, por favor asegúrese de comparar su funcionamiento con el de niños sin impedimentos de la misma edad y que reciben educación regular

1. Adquirir y usar información

- NO se han observado problemas en este dominio; el funcionamiento parece apropiado para la edad.
Si usted seleccionó esta casilla, vaya directamente a la Sección 2.
- Sí, el niño tiene problemas de funcionamiento en este dominio.
Por favor marque una clasificación para cada actividad enumerada a continuación. Si no ha observado una actividad en particular, por favor deje esa actividad en blanco.

CLAVE DE CLASIFICACIÓN PARA LAS ACTIVIDADES ENUMERADAS A CONTINUACIÓN
Comparado con el funcionamiento de niños sin deficiencias de la misma edad, este niño tiene:

| | | | | |
|--------------|------------------|-------------------|-------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sin problema | Un problema leve | Un problema obvio | Un problema serio | Un problema muy serio |

Rating

| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. | Comprende instrucciones orales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Entiende vocabulario escolar y de contenido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Lee y comprende material escrito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Comprende y resuelve problemas de matemáticas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Entiende y participa en las discusiones en clase | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Provee explicaciones orales organizadas y descripciones adecuadas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Expresa ideas en forma escrita | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Aprende material nuevo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Recuerda y aplica material aprendido anteriormente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Aplica habilidades de resolución de problemas en las discusiones en clase | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿Qué más nos puede decir sobre los problemas del niño con estas actividades? Por ejemplo, ¿qué tan independiente es el niño al hacerlas? ¿Recibe el niño ayuda adicional, o un grado inusual de estructura o apoyo? Si es así, ¿de qué tipo y con qué frecuencia? (Continúe en la última página si es necesario.)

2. Attending and Completing Tasks

- NO se han observado problemas en este dominio; el funcionamiento parece apropiado para la edad.
Si usted seleccionó esta casilla, vaya directamente a la Sección 3.
- Sí, el niño tiene problemas de funcionamiento en este dominio.
Por favor marque una clasificación para cada actividad enumerada a continuación. Si no ha observado una actividad en particular, por favor deje esa actividad en blanco.

CLAVE DE CLASIFICACIÓN PARA LAS ACTIVIDADES ENUMERADAS A CONTINUACIÓN
Comparado con el funcionamiento de niños sin deficiencias de la misma edad, este niño tiene:

| | | | | |
|--------------|------------------|-------------------|-------------------|-----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sin problema | Un problema leve | Un problema obvio | Un problema serio | Un problema muy serio |

| | | Clasificación | | | | | Frecuencia del problema | | | |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Mensual | Semanal | Diario | Cada hora |
| 1. | Pone atención cuando le hablan directamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Mantiene la atención durante actividades de juego/deporte | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Se concentra el tiempo suficiente para terminar la actividad o tarea asignada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Se reconcentra en la tarea cuando es necesario | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Lleva a cabo instrucciones de un solo paso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Lleva a cabo instrucciones de múltiples pasos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Espera su turno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Cambia de una actividad a otra sin perturbar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Organiza sus propias cosas o materiales escolares | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Completa las tareas en clase y en el hogar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Completa las tareas con precisión sin errores por descuido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Trabaja sin distraerse a sí mismo ni a los demás | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. | Trabaja a un ritmo razonable /termina a tiempo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿Qué más nos puede decir sobre los problemas del niño con estas actividades? Por ejemplo, ¿qué tan independiente es el niño al hacerlas? ¿Recibe el niño ayuda adicional, o un grado inusual de estructura o apoyo? Si es así, ¿de qué tipo y con qué frecuencia? (Continúe en la última página si es necesario.)

3. Interactuar y relacionarse con otros

- NO se han observado problemas en este dominio; el funcionamiento parece apropiado para la edad.
Si usted seleccionó esta casilla, vaya directamente a la Sección 4.
- Sí, el niño tiene problemas de funcionamiento en este dominio.
Por favor marque una clasificación para cada actividad enumerada a continuación. Si no ha observado una actividad en particular, por favor deje esa actividad en blanco.

CLAVE DE CLASIFICACIÓN PARA LAS ACTIVIDADES ENUMERADAS A CONTINUACIÓN
Comparado con el funcionamiento de niños sin deficiencias de la misma edad, este niño tiene:

1 2 3 4 5
 Sin problema Un problema leve Un problema obvio Un problema serio Un problema muy serio

| | | Clasificación | | | | | Frecuencia del problema | | | |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Mensual | Semanal | Diario | Cada hora |
| 1. | Juega cooperativamente con otros niños | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Hace y mantiene amistades | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Busca atención apropiadamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Expresa el enfado apropiadamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Pide permiso apropiadamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Sigue las reglas (salón de clases, juegos, deportes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Respetu/obedece a los adultos con autoridad | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Relata experiencias y cuenta historias | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Usa un lenguaje apropiado a la situación y al oyente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Presenta y mantiene temas de conversación relevantes y apropiados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | Toma turnos en las conversaciones | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | Interpreta el significado de la expresión facial lenguaje corporal, insinuaciones, sarcasmo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. | Usa vocabulario y gramática adecuadamente para expresar pensamientos/ideas en conversaciones cotidianas generales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿Ha sido necesario implementar estrategias de modificación del comportamiento para el niño? Sí No

Si es así, por favor explique a continuación (p. ej., plan de comportamiento, asistente personal, tiempo fuera, salón de silencio, remoción del salón de clases, cambio de ubicación escolar, suspensión, expulsión). Por favor sea lo más detallado posible.

Interactuar y relacionarse con otros continúa en la siguiente página

3. Interactuar y relacionarse con otros (continuación)

¿Qué más nos puede decir sobre los problemas del niño con estas actividades? Por ejemplo, ¿qué tan independiente es el niño al hacerlas? ¿Recibe el niño ayuda adicional, o un grado inusual de estructura o apoyo? Si es así, ¿de qué tipo y con qué frecuencia? (Continúe en la última página si es necesario.)

¿Qué tanto del habla del niño puede usted, como oyente familiarizado, entender en el primer intento?

| | Muy poco | No más de 1/2 | 1/2 a 2/3 | Casi todo |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Cuando el tema de la conversación es conocido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Cuando el tema de la conversación no es conocido | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿Qué tanto del habla del niño puede usted, como oyente familiarizado, entender después de repetición y/o reformulación?

| | Muy poco | No más de 1/2 | 1/2 a 2/3 | Casi todo |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Moverse y manipular objetos

- NO se han observado problemas en este dominio; el funcionamiento parece apropiado para la edad.
Si usted seleccionó esta casilla, vaya directamente a la Sección 5.
- Sí, el niño tiene problemas de funcionamiento en este dominio.
Por favor marque una clasificación para cada actividad enumerada a continuación.

CLAVE DE CLASIFICACIÓN PARA LAS ACTIVIDADES ENUMERADAS A CONTINUACIÓN Comparado con el funcionamiento de niños sin deficiencias de la misma edad, este niño tiene:

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------|------------------|-------------------|-------------------|-----------------------|
| Sin problema | Un problema leve | Un problema obvio | Un problema serio | Un problema muy serio |

Calificación

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Mueve el cuerpo de un lado al otro (p. ej., pararse, balancearse, cambiar de posición, inclinarse, arrodillarse, agacharse, caminar, correr, saltar, trepar) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Mueve y manipula cosas (p. ej., empujar, halar/jalar, levantar, cargar, transferir objetos; coordinar ojos y manos para manipular objetos pequeños) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Demuestra fuerza, coordinación, destreza en actividades o tareas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Maneja el ritmo de actividades físicas o tareas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Demuestra que tiene sentido de la ubicación y el movimiento del cuerpo en el espacio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Integra el estímulo sensorial con el estímulo motor | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Planifica, recuerda, ejecuta movimientos motores controlados | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿Qué más nos puede decir sobre los problemas del niño con estas actividades? Por ejemplo, ¿qué tan independiente es el niño al hacerlas? ¿Recibe el niño ayuda adicional, o un grado inusual de estructura o apoyo? Si es así, ¿de qué tipo y con qué frecuencia? (Continúe en la última página si es necesario.)

5. Cuidar de sí mismo/a

- NO se han observado problemas en este dominio; el funcionamiento parece apropiado para la edad.
Si usted seleccionó esta casilla, vaya directamente a la Sección 6.
- Sí, el niño tiene problemas de funcionamiento en este dominio.
Por favor marque una clasificación para cada actividad enumerada a continuación. Si no ha observado una actividad en particular, por favor deje esa actividad en blanco.

| CLAVE DE CLASIFICACIÓN PARA LAS ACTIVIDADES ENUMERADAS A CONTINUACIÓN | | | | |
|--|------------------|-------------------|-------------------|-----------------------|
| Comparado con el funcionamiento de niños sin deficiencias de la misma edad, este niño tiene: | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sin problema | Un problema leve | Un problema obvio | Un problema serio | Un problema muy serio |

| | | Clasificación | | | | | Frecuencia del problema | | | |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Mensual | Semanal | Diario | Cada hora |
| 1. | Maneja la frustración apropiadamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Es paciente cuando es necesario | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Cuida su higiene personal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Cuida de sus necesidades físicas (p. ej., vestirse, comer) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Coopera o es responsable de tomar los medicamentos necesarios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Usa el buen juicio en cuanto a la seguridad personal y las circunstancias peligrosas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Identifica y afirma adecuadamente las necesidades emocionales | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. | Responde adecuadamente a los cambios en el propio estado de ánimo (p. ej., se calma a sí mismo) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Usa habilidades de afrontamiento apropiadas para cumplir con las exigencias diarias del entorno escolar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | Sabe cuándo pedir ayuda | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿Qué más nos puede decir sobre los problemas del niño con estas actividades? Por ejemplo, ¿qué tan independiente es el niño al hacerlas? ¿Recibe el niño ayuda adicional, o un grado inusual de estructura o apoyo? Si es así, ¿de qué tipo y con qué frecuencia? (Continúe en la última página si es necesario.)

6. Padecimientos médicos y medicamentos/salud y bienestar físico

1. ¿Qué más nos puede decir sobre los problemas del niño con estas actividades? Por ejemplo, ¿qué tan independiente es el niño al hacerlas? ¿Recibe el niño ayuda adicional, o un grado inusual de estructura o apoyo? Si es así, ¿de qué tipo y con qué frecuencia? (Continúe en la última página si es necesario.)

2. Por favor marque cualquiera de los siguientes que el niño usa:

- | | | |
|-----------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anteojos | <input type="checkbox"/> Nebulizador/Inhalador | <input type="checkbox"/> Dispositivo de tecnología de asistencia |
| <input type="checkbox"/> Audífono | <input type="checkbox"/> Entrenador auditivo | <input type="checkbox"/> Dispositivo ortopédico |
| <input type="checkbox"/> Prótesis | <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) | |

3. ¿Le han recetado medicamento a este niño? Sí No No sé Especifique a continuación, si sabe.

4. ¿Este niño toma el medicamento con regularidad? Sí No No sé

5. ¿Este niño falta con frecuencia a la escuela debido a una enfermedad? Sí No No sé
Especifique a continuación, si sabe.

6. ¿Este niño falta con frecuencia a la escuela debido a una enfermedad? Sí No
Si es así, por favor explique a continuación

¿Qué más nos puede decir sobre los problemas del niño con estas actividades? Por ejemplo, ¿qué tan independiente es el niño al hacerlas? ¿Recibe el niño ayuda adicional, o un grado inusual de estructura o apoyo? Si es así, ¿de qué tipo y con qué frecuencia? (Continúe en la última página si es necesario.)

Por favor proporcione su nombre y título en la siguiente página. Añada cualquier comentario según sea necesario

7. Comentarios adicionales

Utilice esta sección para continuar con cualquiera de las secciones anteriores. También puede utilizar esta sección para hacer comentarios adicionales, o para anotar cualquier cambio en el funcionamiento del niño, para bien o para mal, que usted quisiera abordar

Este formulario fue completado por:

Nombre/Título

Fecha

Si necesitamos más información acerca de este niño,

- ¿Tiene un número de teléfono a donde lo podamos contactar? (____) _____
- ¿Cuál es la mejor hora para llamarlo? _____ a.m. _____ p.m.

Nombre/Título

Fecha

Si necesitamos más información acerca de este niño,

- ¿Tiene un número de teléfono a donde lo podamos contactar? (____) _____
- ¿Cuál es la mejor hora para llamarlo? _____ a.m. _____ p.m.

Gracias