



# UPLIFT EDUCATION

## INFORMATION FROM PARENT/ADULT SCHOLAR FORM INFORMACIÓN DE LOS PADRES / ESTUDIANTE MAYOR DE EDAD

---

Scholar Name / Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Scholar Date of birth / Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Campus / Escuela: \_\_\_\_\_

Grade / Grado: \_\_\_\_\_

Today's Date / Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Name of person completing this form / Nombre de la persona que llena esta forma: \_\_\_\_\_

Relation to the scholar / Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Phone number/ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Email address/ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### **Language / El Lenguaje**

Primary language spoken in the home / La lengua primaria que se habla en casa: \_\_\_\_\_

Other languages spoken in the home / Otras lenguas que se hablen en casa: \_\_\_\_\_

☐ Yes or ☐ No If my scholars' primary language is another language besides English, I give consent for my scholar to participate in language dominance testing

☐ Si or ☐ No Si el alumno(a)'s idioma primario es otra además Inglés, yo doy permiso que el alumno(a) participar en pruebas de dominio de idioma.

### **Health History / Historia de Salud:**

Identify any medical conditions at the time of the scholars' birth by checking yes or no

Identifique cualquier problema que se haya presentado al momento del nacimiento del alumno(a):

☐ Yes or ☐ No Premature birth / Nacimiento prematuro

☐ Yes or ☐ No Lengthy labor / Un parto largo/tardado

☐ Yes or ☐ No Complications at delivery / Complicaciones durante el parto

If yes, please provide additional details / Si su respuesta es si, favor de explicar en detalles adicional:

---

---

Indicate the scholars' condition at birth:

*Indique la condición médica del alumno(a) al momento de nacer:*

- ☐ Yes or ☐ No healthy / sano ☐ Yes or ☐ No injured at birth / lesionado/heridas al nacer  
☐ Yes or ☐ No difficulty breathing / dificultad para respirar ☐ Yes or ☐ No jaundice / ictericia/preocupación del ánimo  
☐ Yes or ☐ No had an infection/fever / infección/fiebre ☐ Yes or ☐ No experienced seizures / problemas de ataques  
☐ Yes or ☐ No low birth weight / bajo en peso ☐ Yes or ☐ No critical, ICU / Condición grave, cuidados Intensivos  
☐ Yes or ☐ No low Apgar score / niveles bajos en el examen de Apgar (\_\_\_\_\_  
☐ other / otro: \_\_\_\_\_

Rate each developmental area (Place a check mark in the column to indicate early, average, or late development):

*Clasifique cada área del desarrollo físico (Marque con una palomita en la columna correspondiente si el desarrollo físico del niño(a) fue temprano, normal o tardío):*

| DEVELOPMENTAL AREAS:<br>ÁREAS DEL DESARROLLO: | early<br>temprano | average<br>normal | Late<br>tardío |
|-----------------------------------------------|-------------------|-------------------|----------------|
| Sitting up / Sentarse                         |                   |                   |                |
| Crawling / Gatear                             |                   |                   |                |
| Walking / Caminar                             |                   |                   |                |
| Talking / Hablar                              |                   |                   |                |
| Toilet trained / Fue al baño                  |                   |                   |                |

Describe any other concerns during infancy or early childhood:

*Mencione cualquier otro problema durante la infancia o niñez:*

---

---

Has the scholar ever experienced (check all that apply):

*¿Ha experimentado el alumno(a) alguna vez lo siguiente?(Indique todo lo que aplica):*

- ☐ high fever / fiebre alta ☐ surgery / cirugía ☐ serious illness / enfermedad grave  
☐ allergies / alergias ☐ seizures / asimientos/ataques ☐ serious injury / herida seria

Describe / Explique: \_\_\_\_\_

Describe the scholars' current overall physical health (Describe el estado físico del alumno(a):

- ☐ Excellent / Excelente ☐ Good / Bueno ☐ Fair / Regular ☐ Poor / Débil

List and describe any other significant or chronic health conditions:

*Mencione y describa cualquier otra condición crónica o seria de salud:*

---

---

Is the scholar currently under the care of a doctor due to a health problem? Explain: \_\_\_\_\_

¿Está actualmente el alumno(a) bajo el cuidado de un medico debido a un problema de salud? Explique: \_\_\_\_\_

List current medications (prescription or over-the-counter): \_\_\_\_\_

Escriba el nombre de cualquier medicamento que se este tomando (ya sea recetado o sin receta médica): \_\_\_\_\_

Does the scholar require glasses? ☐ YES ☐ NO

¿Usa lentes el estudiante? ☐ SI ☐ NO

Does the scholar require hearing aids? ☐ YES ☐ NO

¿Usa prótesis auditivas el estudiante? ☐ SI ☐ NO

Is the scholar currently receiving occupational or physical therapy services? If yes, please describe: \_\_\_\_\_

¿Esta recibiendo el alumno(a) servicios de terapia ocupacional o física? Por favor describa: \_\_\_\_\_

Does the scholar have any problems with fine motor movement/coordination (such as holding a pencil/crayon, tying shoes, fastening buttons, using a zipper)? ☐ YES ☐ NO

¿Tiene el estudiante algún problema con el movimiento o coordinación corporal (como el sostener un lápiz, lapiz de color, atarse las correas de los zapatos, abrochar botones, usando una cremallera)?

☐ SI ☐ NO

Describe / Describa/Explique: \_\_\_\_\_

Does the scholar have any problems with gross motor movement/coordination (such as walking, running, jumping, climbing stairs)?

☐ YES ☐ NO

¿Tiene el alumno(a) algún problema con el movimiento/coordinación de motor grueso (como caminar, correr, saltar, subiendo escaleras)?

☐ SI ☐ NO

Describe / Explique: \_\_\_\_\_

Does the scholar currently require assistive technology or adaptive supports (cane, orthotics, wheelchair, supplemental oxygen, feeding tube)? Describe: \_\_\_\_\_

¿Ha requerido el alumno(a) tecnología de asistencia (bastone, ortesis, silla de ruedas, oxigeno suplementario, tubo de alimentacion? Describa: \_\_\_\_\_

## **Sociological / Sociologico**

With whom does the scholar live / Con quién vive el alumno(a):

Check all that apply / Marque todo lo que aplica:

☐ Mother / Madre ☐ Father / Padre ☐ Stepmother / Madrastra ☐ Stepfather / Padrastro

☐ Aunt / Tia ☐ Uncle / Tio ☐ Grandmother / Abuela ☐ Grandfather / Abuelo

☐ Other / Otro: \_\_\_\_\_

Parents are:    ☐ Married        ☐ Not married        ☐ Separated    ☐ Divorced  
 Padres están:   ☐ casados        ☐ No están casados    ☐ separados    ☐ Divorciados

List all other children living in the home / *Escriba el nombre de todos los otros niños menores de edad viviendo en la casa:*

| Name / Nombre: | Age / Edad: | Relation / Relación: |
|----------------|-------------|----------------------|
|                |             |                      |
|                |             |                      |
|                |             |                      |
|                |             |                      |
|                |             |                      |

List any important information regarding the scholars home environment/living arrangement:

*Mencione cualquier otra información relacionada al ambiente familiar de el alumno(a):*

---



---

Describe any recent or significant change in the family life such as a birth, a divorce, an illness, a death, a move to a new home.

☐ No changes

*Mencione si ha habido algún cambio reciente o significativo en la familia. (Cambios como un nacimiento, un divorcio, una enfermedad, una muerte, una mudanza de casa, etc.)*    ☐ Ningundo

---

List all schools and the grade that the scholar has attended / *Escriba el nombre de todas las escuelas y el grado de las que el alumno(a) ha asistido:*

| SCHOOL / ESCUELA | GRADES / GRADOS: |
|------------------|------------------|
|                  |                  |
|                  |                  |
|                  |                  |
|                  |                  |
|                  |                  |

|                                                                                                 |                                                                         |                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Has the scholar ever repeated a grade? Which grade(s)? ____                                     | <input type="checkbox"/> YES                                            | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Ha repetido el alumno(a) alguna vez un año escolar? ¿Qué grado(s)? ____                        | <input type="checkbox"/> SI                                             | <input type="checkbox"/> NO |
| Has the scholar ever received speech therapy?                                                   | <input type="checkbox"/> YES                                            | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Ha recibido alguna vez el alumno(a) terapia para el habla?                                     | <input type="checkbox"/> SI                                             | <input type="checkbox"/> NO |
| Is the scholar currently receiving speech therapy?                                              | <input type="checkbox"/> YES                                            | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Esta recibiendo el alumno(a) terapia de hablar en este momento                                 | <input type="checkbox"/> SI                                             | <input type="checkbox"/> NO |
| Is there a family history of Dyslexia?                                                          | <input type="checkbox"/> YES                                            | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Hay antecedentes familiares de dyslexia                                                        | <input type="checkbox"/> SI                                             | <input type="checkbox"/> NO |
| Is there a family history of Dyscalculia?                                                       | <input type="checkbox"/> YES                                            | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Hay antecedentes familiares de dyscalculia                                                     | <input type="checkbox"/> SI                                             | <input type="checkbox"/> NO |
| Is there a family history of Dysgraphia?                                                        | <input type="checkbox"/> YES                                            | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Hay antecedentes familiares de disgrafia                                                       | <input type="checkbox"/> SI                                             | <input type="checkbox"/> NO |
| Has the scholar ever received Special Education services?                                       | <input type="checkbox"/> YES                                            | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Ha recibido el alumno(a) servicios de Educacion Especiales?                                    | <input type="checkbox"/> SI                                             | <input type="checkbox"/> NO |
| Is the scholar currently receiving Special Education services?                                  | <input type="checkbox"/> YES                                            | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Esta recibiendo el alumno(a) servicios de Educacion Especiales?                                | <input type="checkbox"/> SI                                             | <input type="checkbox"/> NO |
| Has the scholar ever received Section 504 services?                                             | <input type="checkbox"/> YES                                            | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Ha recibido el alumno(a) servicios de 504?                                                     | <input type="checkbox"/> SI                                             | <input type="checkbox"/> NO |
| Is the scholar currently receiving Section 504 services?                                        | <input type="checkbox"/> YES                                            | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Ha recibido alguna vez el alumno(a) servicios de educación especial)?                          | <input type="checkbox"/> SI                                             | <input type="checkbox"/> NO |
| Has the scholar been identified as having any type of disability?                               | <input type="checkbox"/> YES                                            | <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Ha sido identificado el alumno(a) con algún tipo de discapacidad?                              | <input type="checkbox"/> SI                                             | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="checkbox"/> Speech/language disorder                                               | <input type="checkbox"/> Dyslexia                                       |                             |
| <input type="checkbox"/> Deficit de language                                                    | <input type="checkbox"/> Dislexia                                       |                             |
| <input type="checkbox"/> Learning disability                                                    | <input type="checkbox"/> Attention Deficit/Hyperactivity Disorder       |                             |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje                                            | <input type="checkbox"/> Deficit de Atención/Desorden de Hiperactividad |                             |
| <input type="checkbox"/> Depression                                                             | <input type="checkbox"/> Anxiety                                        |                             |
| <input type="checkbox"/> Depresión                                                              | <input type="checkbox"/> Ansiedad                                       |                             |
| <input type="checkbox"/> Autism/Pervasive Developmental Disorder/Asperger's Syndrome            |                                                                         |                             |
| <input type="checkbox"/> Autismo/ Trastorno generalizado del desarrollo /Síndrome de Asperger's |                                                                         |                             |
| <input type="checkbox"/> Other (Otro): _____                                                    |                                                                         |                             |

Has the scholar had a previous special education and / or 504 educational and / or medical formal evaluation? Please explain and provide name of agency/evaluator/doctor and date: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido el alumno(a) una evaluación formal previa de educación especial/504 o médico? Por favor explique y nombrar la agencia / evaluador y la fecha: \_\_\_\_\_

### **Social and Emotional / Social y Emocional:**

Identify any current behavior concerns:

*Identifique a continuación cualquier inquietud de comportamiento actual:*

- |                                                                      |                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Overactive                                  | <input type="checkbox"/> Impulsive/acts without thinking                           |
| <input type="checkbox"/> <i>Hiperactivo</i>                          | <input type="checkbox"/> <i>Impulsivo/Actúa sin pensar</i>                         |
| <input type="checkbox"/> Underactive                                 | <input type="checkbox"/> Shows lack of effort with schoolwork                      |
| <input type="checkbox"/> <i>Inactivo</i>                             | <input type="checkbox"/> <i>No pone ningún esfuerzo en el trabajo escolar</i>      |
| <input type="checkbox"/> Irritable/angry mood                        | <input type="checkbox"/> Shows lack of interest/motivation with schoolwork         |
| <input type="checkbox"/> <i>De mal humor/enojado</i>                 | <input type="checkbox"/> <i>No tiene interés/motivación con el trabajo escolar</i> |
| <input type="checkbox"/> Sad/depressed mood                          | <input type="checkbox"/> Difficulty getting along with peers                       |
| <input type="checkbox"/> <i>Triste/deprimido</i>                     | <input type="checkbox"/> <i>Dificultad para llevarse bien con sus compañeros</i>   |
| <input type="checkbox"/> Argumentative                               | <input type="checkbox"/> Distractible/difficulty maintaining focus                 |
| <input type="checkbox"/> <i>Discutidor/alegador</i>                  | <input type="checkbox"/> <i>Distraído/dificultad para mantenerse concentrado</i>   |
| <input type="checkbox"/> Difficulty following directions             | <input type="checkbox"/> Easily frustrated/gives up easily                         |
| <input type="checkbox"/> <i>Dificultad para seguir instrucciones</i> | <input type="checkbox"/> <i>Se frustra o se da por vencido(a) fácilmente</i>       |
| <input type="checkbox"/> Verbal aggression                           | <input type="checkbox"/> Physical aggression                                       |
| <input type="checkbox"/> <i>Agresión verbal</i>                      | <input type="checkbox"/> <i>Agresión física</i>                                    |

Does the scholar have significant difficulty making friends and/or getting along with others? ☐ YES ☐ NO

¿ Tiene el alumno(a) dificultad seria para hacer amigos o para llevarse bien con otros? ☐ SI ☐ NO

Describe / Explique:

---



---

Describe any additional social or emotional concerns: ☐ NONE

*Describe cualquier preocupación social o emocional:* ☐ NINGUNO

---



---

Describe the scholars' typical behaviors at home including any concerns:

*Describe los comportamientos típicos de el alumno(a) en el hogar, incluyendo cualquier preocupación:*

---

Have there been recent and significant changes in behavior? ☐ YES ☐ NO

¿Han habido cambios recientes y severos en el comportamiento? ☐ SI ☐ NO

Do you find the scholars' behavior to be difficult to manage? ☐ YES ☐ NO  
¿Piensa que difícil controlar los comportamientos de el alumno(a)? ☐ SI ☐ NO

Has the scholar ever received counseling/therapy services? ☐ YES ☐ NO  
¿Ha recibido el alumno(a) servicios de terapia de asesoramiento ☐ SI ☐ NO

Is the scholar currently receiving counseling/therapy services? ☐ YES ☐ NO  
¿Esta recibiendo el alumno(a) servicios de terapia de asesoramiento ☐ SI ☐ NO

Does the scholar have trouble falling asleep or staying asleep? ☐ YES ☐ NO  
¿ Tiene él alumno(a) algún problema para dormirse o mantenerse dormido toda la noche? ☐ SI ☐ NO

What time does the scholar go to bed at night? \_\_\_\_\_  
¿ A qué hora se va a dormir el alumno(a) por la noche? \_\_\_\_\_

Describe any concerns with regard to sleep habits:  
Describa cualquier preocupación con respecto a los hábitos de sueño: \_\_\_\_\_

What are some of the scholars' strengths?  
¿ Cuáles son algunos de los puntos fuertes de el alumno(a)?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

What are some of the scholars' weaknesses?  
¿ Cuáles son algunas de las debilidades de el alumno(a)?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

What are some of the scholars' interests and hobbies?  
¿ Cuáles son algunos de los intereses y aficiones de el alumno(a)?  
☐ Sports / Deportes ☐ Art / Arte ☐ Dance / Baile  
☐ Singing / Canto ☐ Reading / Lectura ☐ Writing / Escritura  
☐ Movies / Mirar películas ☐ Video games / Video Juegos ☐ Clubs / Grupos/Clubs  
☐ Computer activities / Actividades en la computadora ☐ Music/band / Música/banda  
☐ OTHER / OTRO: \_\_\_\_\_

What activities does the family enjoy together (For example, watching TV, cooking, playing games)?  
¿ Qué actividades disfrutan juntos en familia (Por ejemplo, mirar la televisión, cocinar, jugar juegos...etc.)?  
\_\_\_\_\_

### **Communication Performance**

Identify any current communication concerns / Identifique algunas preocupaciones de comunicacion

- |                                                                                  |                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Articulation (The ability to produce sounds correctly.) | <input type="checkbox"/> Language (Comprehension and use of spoken language.)  |
| <input type="checkbox"/> Fluency (Interruption in the flow of spoken language.)  | <input type="checkbox"/> Voice (Abnormal pitch, loudness or quality of voice.) |



☐ Other (Otro): \_\_\_\_\_

### **Academic Performance / Desempeno Academico**

Identify any academic concerns / *Identifique a continuación cualquier inquietud académica:*

- |                                                                                                              |                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Reading skills / <i>Habilidades de lectura</i>                                      | <input type="checkbox"/> Writing skills / <i>Habilidades de escritura</i>         |
| <input type="checkbox"/> Mathematic skills / <i>Habilidades de Matemáticas</i>                               | <input type="checkbox"/> Spelling skills / <i>Habilidades para deletrear</i>      |
| <input type="checkbox"/> Study skills / <i>Habilidades para estudiar</i>                                     | <input type="checkbox"/> Organization skills / <i>Habilidades de organización</i> |
| <br>                                                                                                         |                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Learning/understanding new concepts / <i>Aprender/entender nuevos conceptos</i>     |                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Remembering/recalling new information / <i>Acordarse/recordar información nueva</i> |                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Completing homework assignments / <i>Terminar las tareas asignadas</i>              |                                                                                   |

Does the scholar attend tutoring? Describe the tutoring schedule:

*¿Asiste el alumno(a) a las tutorías o clases de recuperación privadas? ¿Cuál es el horario de las tutorías?*

Has the scholar mentioned any concerns or problems with school (including academic, social, emotional, etc.)? *Ha mencionado el alumno(a) preocupaciones o problemas con la escuela (incluso academico, social, emocional, etc.)*

### **OTHER PARENT COMMENTS / COMENTARIOS ADICIONALES DE LOS PADRES:**

What other information do you believe would help us better know the scholar and their needs?

*¿Qué otra información importante considera usted que debemos saber para poder ayudar mejor el alumno(a)?*

Signature / *Firma:* \_\_\_\_\_

Date / *Fecha:* \_\_\_\_\_