

MOE Forma de recomendación de orientación escolar



Padre remitente _____

Estudiante: _____

Grado y maestro(a): _____

Fecha: _____

Motivo de la recomendación de asesoramiento:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Agresión | <input type="checkbox"/> Impulsivo |
| <input type="checkbox"/> Cambio dramático de conducta | <input type="checkbox"/> Siempre cansado |
| <input type="checkbox"/> Víctima Bullying | <input type="checkbox"/> Preocupado |
| <input type="checkbox"/> Hace Bullying | <input type="checkbox"/> Tristeza |
| <input type="checkbox"/> Auto lastimarse (pe cortarse) | <input type="checkbox"/> Miedo |
| <input type="checkbox"/> Sueños de día/Fantasías | <input type="checkbox"/> Desafiante |
| <input type="checkbox"/> Control de la ira | <input type="checkbox"/> Hiperactivo |
| <input type="checkbox"/> Peleas | <input type="checkbox"/> Distráido |
| <input type="checkbox"/> Robos | <input type="checkbox"/> Ausente |
| <input type="checkbox"/> Actuación sexual | <input type="checkbox"/> Nervioso/Ansioso |
| <input type="checkbox"/> Relación con compañeros | <input type="checkbox"/> Motivación |
| <input type="checkbox"/> Habilidades sociales | <input type="checkbox"/> Temas Académicos |
| <input type="checkbox"/> Preocupaciones familiares | <input type="checkbox"/> Habilidades para estudiar |
| <input type="checkbox"/> Lloro fácilmente y a menudo para su edad | <input type="checkbox"/> Completar las tareas para casa |
| <input type="checkbox"/> Imagen de sí mismo/Confianza en sí mismo | <input type="checkbox"/> Habilidades de organización |
| <input type="checkbox"/> Higiene Personal | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Mentiras | |
| <input type="checkbox"/> Pena por una pérdida | |

Información adicional para la recomendación:

Si da su consentimiento y desea que su hijo reciba asesoramiento individual, marque la casilla a continuación y firme, feche y devuelva este formulario al buzón de la Ms. Tichelaar, al maestro (a) de su hijo o a la Oficina Principal.

- ☐ **Sí**, me gustaría que mi hijo reciba asesoramiento individual.
- ☐ **No**, no doy mi consentimiento para que mi hijo reciba asesoramiento individual.

Firma de padres/guardianes

Fecha