

CALIFORNIA STATE UNIVERSITY, LONG BEACH
COMMUNITY CLINIC FOR COUNSELING AND EDUCATIONAL SERVICES
1250 Bellflower Boulevard, ED2-155
Long Beach, CA 90840
Telé: (562) 985-4991
Faz: (562) 985-1469

Aplicación Para Jóvenes
Cuestionario de Información

Toda información será tratada con estricta confidencialidad

Fecha: _____

Verifique por favor los servicios de dispensario en que usted está interesado:

- Evaluaciones Psicológicas (ofrecidas solamente en el semestre de Primavera)
- Consejería Individual (ofrecida en semestres de Otoño y de Primavera)
- Tutoría Individual (ofrecida en semestres de Otoño y de Primavera)

¿En cuales áreas académicas desea tener tutoría?

- Lectura Escritura Matemáticas/Algebra Otras _____

Nombre de Niño: _____

Fecha del Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: Mujer Hombre

Etnicidad: _____

Idioma primario hablado en casa: _____ Idioma secundario: _____

Domicilio: _____

(Calle)

(Ciudad)

(Código Postal)

Número de Teléfono: (_____) _____ Correo Electrónico: _____

¿Le gustaría inscribirse en nuestra alerta por correo electrónico?

- Sí No

Nombre de padre/guardián: _____ Relación al niño: _____

Celular: (_____) _____ ¿Tutor legal? Si No

Nombre de padre/guardián: _____ Relación al niño: _____

Celular: (_____) _____ ¿Tutor legal? Si No

Los padres mencionados anteriormente son: Casados Separados Divorciados Otro _____

Para Uso de la Oficina Solamente

- | | | | | | |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Reviewed for: _____ | <input type="checkbox"/> Confirmed | <input type="checkbox"/> Waitlisted | <input type="checkbox"/> Not Accepted | Date called: _____ | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Reviewed for: _____ | <input type="checkbox"/> Confirmed | <input type="checkbox"/> Waitlisted | <input type="checkbox"/> Not Accepted | Date called: _____ | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Reviewed for: _____ | <input type="checkbox"/> Confirmed | <input type="checkbox"/> Waitlisted | <input type="checkbox"/> Not Accepted | Date called: _____ | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Reviewed for: _____ | <input type="checkbox"/> Confirmed | <input type="checkbox"/> Waitlisted | <input type="checkbox"/> Not Accepted | Date called: _____ | <input type="checkbox"/> |

El nombre, la edad, y la relación de personas que viven en el hogar del niño:

Nombre:

Edad:

Relación al niño:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Razón para la Referencia

¿Cómo se enteró de la Clínica? _____

Describa por favor la razón (razones) por la que usted busca los servicios de la Clínica

¿Ha recibido el joven servicios en esta clínica anteriormente? Sí No

Nombre de la persona que completa este cuestionario: _____

Relación al niño: _____

Salud y Desarrollo

¿Tiene el niño incapacidad de desarrollo? No Sí (continúe abajo)

Por favor describa: _____

¿Experiencia el niño dificultad con su audición? No Sí (continúe abajo)

Por favor describa: _____

¿Experiencia el niño dificultad con su visión? No Sí (continúe abajo)

Por favor describa: _____

¿Toma el niño alguna medicina regularmente? No Sí (continúe abajo)

Por favor describa: _____

¿Tiene el niño alguna alergia? No Sí (continúe abajo)

Por favor describa: _____

¿Experimenta el niño dificultad poniendo atención y/o controlando sus impulsos? No Sí

Por favor describa: _____

¿Tiene cualquier otro problema de la salud? No Sí (continúe abajo)

Por favor describa: _____

Información Académica

- **INCLUYA POR FAVOR UNA COPIA DE LOS DOCUMENTOS SIGUIENTES:**
- **Una copia del reporte de calificaciones más recientes del niño**
- **Una copia de los resultados más recientes de los exámenes STAR**

Nombre de Escuela: _____ Distrito: _____

Domicilio de Escuela: _____

Número de Escuela: (_____) _____

Grado Presente: ____ Presente colocación de clase: ____ Educación general ____ Educación especial

¿Ha sido retenido el niño? No Sí, ____ grado

¿Ha saltado el niño un grado? No Sí, ____ grado

Explique por favor las razones para la retención o saltar: _____

¿Ha sido valorado el niño para incapacidades de aprendizaje? No Sí (continúa abajo)

Fecha: _____ Resultados: _____

¿Está el niño recibiendo servicios especializados (es decir RSP, en discurso y en idioma, consejería, etc.) DENTRO DE la escuela? No Sí (continúa abajo): _____

¿Está el niño en servicios (por ejemplo para tutoría, consejería) fuera de la escuela? No Sí (continúa abajo): _____

Por favor enliste las materias de escuela con las que el niño experimenta dificultades y proporcione una explicación.

MATERIA

DESCRIPCION DE DESEMPEÑO DEL NIÑO

1. _____

2. _____

3. _____

Historia Conductista

Por favor circule la respuesta más apropiada a los artículos siguientes.

Mi niño tiene dificultad en las áreas siguientes en la escuela:

Siguiendo instrucciones orales	<input type="checkbox"/> a menudo	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> no estoy seguro
Siguiendo instrucciones escritas	<input type="checkbox"/> a menudo	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> no estoy seguro
Recordando materia aprendida	<input type="checkbox"/> a menudo	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> no estoy seguro
Completando tareas de clase	<input type="checkbox"/> a menudo	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> no estoy seguro
Completando tareas en casa	<input type="checkbox"/> a menudo	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> no estoy seguro
Manteniendo un horario de estudio	<input type="checkbox"/> a menudo	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> no estoy seguro
Permaneciendo ocupado en la clase	<input type="checkbox"/> a menudo	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> no estoy seguro
Participando en discusiones de clase	<input type="checkbox"/> a menudo	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> no estoy seguro
Confianza en sí mismo de académica	<input type="checkbox"/> a menudo	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> no estoy seguro
Permaneciendo motivado	<input type="checkbox"/> a menudo	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> no estoy seguro
Cooperando con otros	<input type="checkbox"/> a menudo	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> no estoy seguro
Manteniendo amistades	<input type="checkbox"/> a menudo	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> no estoy seguro
Es disciplinado frecuentemente	<input type="checkbox"/> a menudo	<input type="checkbox"/> a veces	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> no estoy seguro

Describe brevemente la relación del niño con maestros: _____

Describe brevemente la relación del niño con amistades: _____

Por favor verifique si cualquiera de las conductas siguientes son exhibidas regularmente por el niño:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Berrinches | <input type="checkbox"/> Temores extremos | <input type="checkbox"/> Mentir |
| <input type="checkbox"/> Celos/resentimiento | <input type="checkbox"/> Robar | <input type="checkbox"/> Se frustra fácilmente |
| <input type="checkbox"/> Baja autoestima | <input type="checkbox"/> Soñar despierto | <input type="checkbox"/> Excesivamente agresivo |
| <input type="checkbox"/> Cansado/fatigado | <input type="checkbox"/> Hiperactividad | <input type="checkbox"/> Se distrae fácilmente |
| <input type="checkbox"/> Problemas de comer | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Impulsividad |
| <input type="checkbox"/> Otros: _____ | | |

Por favor haga comentarios acerca de cualquiera de los artículos verificados: _____

¿Qué estrategias han sido utilizadas para resolverse estas conductas? _____

**CALIFORNIA STATE UNIVERSITY, LONG BEACH
COMMUNITY CLINIC FOR COUNSELING AND EDUCATIONAL SERVICES**

1250 Bellflower Boulevard, ED2-155

Long Beach, CA 90840

Tel: (562) 985-4991

Fax: (562) 985-1469

Forma de Reporte de Maestro

Fecha _____

Nombre de Niño _____ Fecha del Nacimiento _____

Instrucciones de padre/tutor

Por favor firme la AUTORIZACION PARA COMPARTIR INFORMACION en el fondo de esta forma y entréguela al maestro de su niño para que la complete.

AUTORIZACION PARA COMPARTIR INFORMACION

Yo doy permiso para el cambio de información con respecto al desempeño académico de mi niño y los ajustes social/emocional incluyendo reportes finales entre la Clínica de la Comunidad en California State University, Long Beach y la escuela de mi niño.

Nombre del padre/guardián

Firma de padre/ guardián

Fecha

Teacher Instructions

You have been identified as a helping professional who is familiar with the academic and behavioral performance of the above mentioned child who has been referred to us for assistance. Please take a few moments to complete the following questionnaire. Your comments will be extremely helpful for the clinicians working with this child. A parent release for the exchange of information can be found above. Please return this completed questionnaire within 7 days to the parent/guardian or to the Clinic in the self-addressed return envelope.

Teacher name (please print)

Teacher Signature

Date

Teacher Instructions: Please rate the student's skills in the following areas relative to other students of a similar age and grade level:

	1 Far below average 2 years or more below grade level	2	3 Average At grade level	4	5 Far above average 2 years or more above
Reading Skills	1	2	3	4	5
Writing Skills	1	2	3	4	5
Math Skills	1	2	3	4	5
Social/Emotional Skills	1	2	3	4	5

Please include any comments on your ratings: _____

Please report any quantitative data on the student's academic skills (i.e. percentile/standard scores from STAR, curriculum based assessments, running records, math facts, etc.)

If you were to pick one skill we could help the student improve, what would it be? Why?

**CALIFORNIA STATE UNIVERSITY, LONG BEACH
COMMUNITY CLINIC FOR COUNSELING AND EDUCATIONAL SERVICES**

1250 Bellflower Boulevard, ED2-155

Long Beach, CA 90840

Telé: (562) 985-4991

Fax: (562) 985-1469

GUÍA DE PRECIOS REDUCIDOS

La Clínica de la Comunidad de Consejería y Servicios Educativos se esfuerza por tener servicios accesibles para individuos/familias de bajos recursos con necesidad financiera, y ofrece becas de precios reducidos. Si usted desea aplicar para una beca, por favor revise este formulario y presente la documentación necesaria a un empleado de la Clínica para verificación lo más pronto posible. Las becas son limitadas y se ofrecen en orden que se reciben. Usted será notificado de la aprobación de una beca en cuanto la Clínica reciba los documentos necesarios. Por favor tenga en cuenta que es posible que la Clínica no pueda ser capaz de ofrecerles una beca a todos los clientes. Cantidad y disponibilidad de becas varía de servicio a servicio.

Criterios Para Beca De 80%: (El cliente debe presentar documentación para UNA de las siguientes opciones)

- El estudiante califica para **Comida Gratis o Reducida**, en la escuela o Headstart.
Documento requerido: una carta de la escuela o del Distrito Escolar indicando que el estudiante califica para comida gratis o a precio reducido.
- Los ingresos familiares están igual o debajo de las Guías de Pobreza del HHS 2013 (puede referirse a la tabla abajo). También puede calificar si tiene Healthy Families o MediCal.
Documento requerido: su tarjeta de MediCal o Healthy Families, un talón de pago, una copia de la forma 1040 u otro documento de sus impuestos.

Criterios Para Beca De 50%: (El cliente debe presentar documentación para UNA de las siguientes opciones)

- El individuo/padre/guardián es un estudiante de CSULB
Documento requerido: tarjeta de identificación del estudiante
- El estudiante asiste colegio privado por medio de una beca
Documento requerido: una carta de membresía de la escuela o del Distrito Escolar detallando que el estudiante asiste por medio de una beca.

2015 HHS Pautas de Pobreza

Personas en la Familia o la Casa	Ingresos			
1	\$11,770	5	\$28,410	
2	\$15,930	6	\$32,570	
3	\$20,090	7	\$36,730	
4	\$24,250	8	\$40,890	

* Para cada persona adicional, agregue \$4,160

Fuente: Federal Register, Doc. 2015-01120 Filed 1-21-15; 8:45am

Precios de Antes y Después de la Reducción

Servicio	Regular	50% Reducción	80% Reducción
Tutoría de Lectura y Escritura	\$250	\$125	\$50
Tutoría de Matemáticas	\$150	\$75	\$30
Consejería	\$15/sesión	\$7.50/ sesión	N/A
Evaluaciones Psicoeducativas	\$150	\$75	\$30
Evaluaciones de Primera Infancia	\$35	N/A	N/A

