

Forma de Criterio para Referencia a TCHATT

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Grado Escolar: _____

Lenguaje Preferido: _____ Ethnicity: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Escoja de los siguientes:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enojo/Violencia | <input type="checkbox"/> Arrestos; Cuantos? _____ | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Atencion | <input type="checkbox"/> Problemas academicos (other) | <input type="checkbox"/> Bullying |
| <input type="checkbox"/> Citaciones: Delito Menor Clase C | <input type="checkbox"/> Depresion | <input type="checkbox"/> Expulsion |
| <input type="checkbox"/> Alteracion de la Alimentacion | <input type="checkbox"/> Incidentes con uso de fuerza; Cuantos? _____ | |
| <input type="checkbox"/> Autoestima Bajo | <input type="checkbox"/> Dificultad siguiendo ordenes | <input type="checkbox"/> PTSD |
| <input type="checkbox"/> Autolesiones | <input type="checkbox"/> Abuso de Sustancias | <input type="checkbox"/> Ideas de Suicidio |
| <input type="checkbox"/> Suspensioniones en la escuela | <input type="checkbox"/> Suspensiones fuera de la escuela | <input type="checkbox"/> Absentismo escolar |
| <input type="checkbox"/> Cambios al ambiente escolar | <input type="checkbox"/> Sistema juvenil educativo alternativo | |
| a: | <input type="checkbox"/> Sistema disciplinario educativo alternativo | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

Por favor indique de los siguientes:

Promedio Escolar (GPA): _____

No. de ausencias escolares: _____

No. de referencias disciplinarias _____

Tiene el estudiante un IEP? Si No Tiene el estudiante un plan 504? Si No

Por favor agregue information adicional que pueda ayudar en la evaluacion de el/la estudiane .

Nombre de Guardian y Telefono: _____

Su Nombre y relacion al estudiante: _____