

Nombre del estudiante: _____ Grado al que esta Aplicando: _____



Paquete de Matrícula Estudiantil 2019-2020 Pre-Kindergarten a 12° Grado

Un cordial saludo a nuestros futuros padres de familia y tutores:

Les agradecemos su interés en matricular a su hijo(a) en Confluence Academies en el año académico 2019-2020. Es un honor para nosotros que hayan elegido nuestra escuela.

Confluence Academies se esfuerza por ayudar a cada estudiante a alcanzar su potencial, a la vez mejorar su rendimiento académico, lo cual se logra gracias a la singular combinación de un currículo basado en la investigación, maestros titulados y tecnología integrada. Nuestra jornada escolar, al igual que nuestro año escolar, son más largos para que nuestros estudiantes dispongan de mayor tiempo para estudiar más a fondo las asignaturas del currículo.

Esperamos que esta sea la escuela que elija para su familia.

Por favor, complete la solicitud de matrícula y la declaración jurada (que deberá ser firmada y notariada en la escuela) que adjuntamos a la presente, y devuélvalas junto con los siguientes documentos:

- Acta de nacimiento (para solicitar la admisión al año escolar 2019-2020, los alumnos de kindergarten deben cumplir los 5 años de edad antes de el 01/08/2019 y pre-kindergarten deben cumplir los 4 años de edad antes de el 01/08/2019)
- Registros de vacunación
- Constancia domiciliaria (contrato de alquiler, recibo de servicios públicos, utilidades, etc.)

Confluence Academies también solicita los siguientes documentos:

- Información para inscripción inicial en servicios estudiantiles
- Información para salida del estudiante de la escuela / atención de emergencia
- Autorización de entrega de expedientes escolares
- Formulario de Salud
- Encuesta sobre idioma hablado en el hogar
- Doc. de Ident. con fotografía del padre/madre/tutor
- Una copia de la última libreta de notas del estudiante

Todos los postulantes seleccionados serán notificados por teléfono y por correo.

Las Academias Confluence ("Confluence") tienen como política no ejercer discriminación por motivos de raza, color, religión, género, origen nacional, edad o discapacidad en ninguno de sus programas ni prácticas de empleo, conforme a lo establecido en el Título VI y VII de la Ley de Derechos Civiles de 1964, Título IX de las Enmiendas de Educación de 1972, Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley de Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990. Ninguna persona deberá, por motivos de raza, color, origen nacional, religión, sexo, edad, o discapacidad, ser excluida de participar, ni negársele los beneficios de cualquier servicio; ni ser sometida a discriminación.

Para presentar una queja formal por violación de la Política de No Discriminación, el Reclamante debe preparar, firmar y poner fecha a una queja por escrito. Las quejas se deben dirigir a Rochelle Bates (rochelle.bates@confluenceAcademies.org), Compliance Coordinator [Coordinadora de Cumplimiento], 611 N. 10th Street, Suite 550, St. Louis, MO 63101. Si tuviera alguna pregunta adicional, comuníquese con la Coordinadora al teléfono 314-588-8554.



Solicitud de Matrícula

Información sobre el estudiante

¿Qué campus estás solicitando?

<input type="checkbox"/>	Aspire Academy (PK-8)	<input type="checkbox"/>	Confluence Preparatory Academy (9-12)
<input type="checkbox"/>	Old North (PK-8)	<input type="checkbox"/>	Grand Center Arts Academy Middle School (6-8)
<input type="checkbox"/>	South City (PK-8)	<input type="checkbox"/>	Grand Center Arts Academy High School (9-12)

Apellido Primer nombre Segundo nombre Fecha de nacimiento

Dirección del domicilio Ciudad Estado Código postal

El estudiante vive con: Ambos padres Madre Padre Tutor Hogar sustituto Otro

Género: Masculino Femenino Grado que cursará el estudiante en el año escolar 2019-2020: _____

Origen étnico: Negro / Afroamericano Caucásico Hispano / Latino Asiático / Isleño del Pacífico
 Indio americano / Nativo de Alaska Otro _____

Estatus de persona sin hogar

¿Comparte usted la vivienda de otras personas debido a la pérdida de su vivienda, dificultades económicas, o a una razón similar? Sí No

Proporcione una explicación: _____

¿Vive usted actualmente en un motel, hotel, automóvil, o sitio para acampar, debido a que su vivienda ha sufrido daños o debido a razones económicas? Sí No

¿Vive usted actualmente en un refugio? Sí No

¿Vive usted actualmente en una vivienda temporal debido a dificultades económicas? Sí No

Estatus migratorio

Si en los últimos seis años se ha trasladado de un distrito escolar a otro, por favor responda las siguientes preguntas, lo cual nos ayudará a determinar si su hijo(a) reúne los requisitos para participar en un programa especial de servicios complementarios.

Antes del traslado, ¿alguno de los padres (o tutor) tenía un empleo en algún tipo de trabajo agrícola o relacionado con la agricultura, de carácter temporal o estacional (siembra o recolección de cosechas, diseño y mantenimiento de jardines, transporte de productos agrícolas al mercado, procesamiento de carnes y verduras, etc.)? Sí No

¿El traslado de un distrito escolar a otro se realizó con el propósito de buscar u obtener cualquiera de los trabajos mencionados anteriormente? Sí No

En la actualidad, ¿alguno de los padres (o tutor) tiene un empleo en cualquiera de los tipos de trabajo mencionados anteriormente? Sí No

¿Se mudó usted con su hijo(a) solo durante los meses de verano para trabajar en la agricultura estacional? Sí No

Información sobre los padres

Padre/madre/tutor No. 1: Apellido Primer nombre

Dirección del domicilio Ciudad Estado Código postal

Teléfono de casa Teléfono celular Teléfono del trabajo

Dirección de correo electrónico Nombre y dirección del empleador

Padre/madre/tutor No. 2: Apellido Primer nombre

Dirección del domicilio Ciudad Estado Código postal

Teléfono de casa Teléfono celular Teléfono del trabajo

Dirección de correo electrónico Nombre y dirección del empleador

Información sobre la escuela anterior

Nombre de la escuela Ciudad y estado donde se ubica la escuela Distrito escolar

Tipo de escuela: Pública Autónoma financiada por el gobierno [Charter] Privada Parroquial Otra

¿Actualmente se encuentra su hijo(a) suspendido(a) / expulsado(a) de cualquier escuela en este o en cualquier otro estado? Sí No

Si su respuesta es sí, por favor describa brevemente las circunstancias que motivaron su suspensión / expulsión. _____

Información sobre los hermanos

Hermano(a) No. 1: Apellido Primer nombre Segundo nombre

Solicita ser admitido Asistirá a Confluence Academies en el año escolar 2019-2020 para cursar el: _____ grado

Hermano(a) No. 2: Apellido Primer nombre Segundo nombre

Solicita ser admitido Asistirá a Confluence Academies en el año escolar 2019-2020 para cursar el: _____ grado

Hermano(a) No. 3: Apellido Primer nombre Segundo nombre

Solicita ser admitido Asistirá a Confluence Academies en el año escolar 2019-2020 para cursar el: _____ grado

***¿Por qué medio tuvo conocimiento de Confluence Academies?
(marque todas las opciones que correspondan)***

Radio Periódico TV Correo Volante Sitio web Cartel / Anuncio Visitas domiciliarias

Reunión Head Start Visita a la escuela Otro hermano está matriculado Llamada telefónica

Referido por: _____

Otro: _____

¿Por qué eligió Confluence Academies?

Certifico que, a mi leal saber y entender, toda la información indicada anteriormente es verdadera y correcta, y entiendo además que la omisión de proporcionar información exacta o completa podrá dar lugar al retiro de mi hijo(a) de Confluence Academies conforme a la ley pertinente. Certifico además ser el padre/madre y/o tutor del menor(es) mencionado(s) anteriormente.

Padre/madre/tutor

Fecha

Por favor, devuelva el formulario de solicitud de matrícula debidamente llenado acompañado de los documentos sustentatorios correspondientes, a la escuela de Confluence Academies más cercana a su domicilio. Para obtener mayor información, llame al teléfono (314) 588-8487.

Aspire Academy
5421 Thekla Ave.
St. Louis, MO 63120

Old North
3017 N. 13th St.
St. Louis, MO 63107

South City
3112 Meramec St.
St. Louis, MO 63118

Confluence Preparatory/Elite Academy
310 N. 15th St.
St. Louis, MO 63103

Grand Center Arts Academy
711 N. Grand Blvd.
St. Louis, MO 63103



**CONFLUENCE ACADEMIES
LEY DE ESCUELAS SEGURAS DE MISSOURI**

**JURAMENTO O AFIRMACIÓN RESPECTO A SANCIONES DISCIPLINARIAS PREVIAS
PARA SER LLENADO ANTES DE LA MATRÍCULA DEL ESTUDIANTE**

Yo, _____, habiendo prestado el debido juramento, o habiendo afirmado que diré la verdad, declaro y manifiesto lo siguiente:

1. Yo soy el padre/madre, tutor legal, u otra persona que tiene la custodia o se encuentra a cargo de _____ (“Estudiante”), un estudiante que desea matricularse en Confluence Academies, y estoy legalmente autorizado para tomar decisiones educativas en nombre del Estudiante.

2. Por la presente certifico lo siguiente: [Marque **una** sola categoría y proporcione **toda** la información adicional solicitada, en caso de marcar (b) o (c)]. **ADVERTENCIA:** De acuerdo a la legislación de Missouri, la omisión de proporcionar información verdadera, exacta y completa respecto a todas y cada una de las preguntas y subpartes de las mismas, podrá ser motivo de una acusación y condena por un delito menor de Clase B.

_____ a. El estudiante **nunca ha sido suspendido o expulsado** de ninguna escuela en este ni en ningún otro estado, por ninguna falta relacionada con armas, alcohol, o drogas o por infligir intencionalmente lesiones a otro estudiante.

_____ b. El estudiante **ha sido suspendido y/o expulsado** de una escuela en este o en otro estado por una o más faltas relacionadas con armas, alcohol o drogas, o por infligir intencionalmente lesiones a otro estudiante. Proporcione la siguiente información **por todas y cada una de las suspensiones y/o expulsiones:** (Si fuera necesario, solicite hojas de información adicionales.)

- i. Nombre y dirección del distrito escolar
- ii. Nombre de la escuela
- iii. Naturaleza de la falta
- iv. Fecha de la falta
- v. Fecha de inicio de la suspensión/expulsión
- vi. Fecha de finalización de la suspensión/expulsión / Fecha programada para la finalización de la suspensión/expulsión

_____ c. El estudiante **ha sido suspendido y/o expulsado** de una escuela en este o en otro estado por una o más faltas, excepto por faltas relacionadas con armas, alcohol o drogas, o por infligir intencionalmente lesiones a otro estudiante. Proporcione la siguiente información **por todas y cada una de las suspensiones y/o expulsiones:** (Si fuera necesario, solicite hojas de información adicionales.)

- i. Nombre y dirección del distrito escolar
- ii. Nombre de la escuela
- iii. Naturaleza de la falta
- iv. Fecha de la falta

- v. Fecha de inicio de la suspensión/expulsión
- vi. Fecha de finalización de la suspensión/expulsión / Fecha programada para la finalización de la suspensión/expulsión

3. Por la presente certifico que he proporcionado información verdadera, completa y exacta por todas y cada una de las suspensiones y/o expulsiones impuestas al Estudiante.

**CONSTANCIA DOMICILIARIA
O DE QUE LA SOLICITUD DE EXONERACIÓN HA SIDO PRESENTADA**

4. Yo certifico además lo siguiente: (Marque **una** sola categoría y proporcione **toda** la información adicional solicitada en la categoría seleccionada.) **ADVERTENCIA: De acuerdo a la legislación de Missouri, toda persona que, a sabiendas, proporcione información falsa con respecto a las siguientes preguntas, a cualquier subparte de las mismas o a los documentos presentados para sustentar las respuestas a dichas preguntas, podrá ser acusada y condenada por un delito menor de Clase A.**

- _____ a. El estudiante es residente legal del Distrito de Confluence Academies tal como se establece a continuación:
- i. Soy residente legal de la Ciudad de St. Louis, la cual es el distrito escolar en el que Confluence Academies opera.
 - ii. Resido y tengo domicilio permanente en la dirección que figura en el acápite "iv".
 - iii. Tengo derecho a asistir a Confluence Academies porque resido en _____, un Distrito Escolar del Condado de St. Louis, el cual es elegible para participar en el Programa de Traslado Interdistrital Voluntario.
 - iv. El estudiante reside conmigo en la siguiente dirección, la cual es también el hogar permanente del estudiante. He proporcionado el(los) siguiente(s) documento(s) para establecer que soy residente legal de la Ciudad de St. Louis:

(Si fuera necesario, solicite una hoja de información adicional.)

- _____ b. El estudiante no es residente legal del Distrito de Confluence Academies; sin embargo, he presentado una Solicitud de Exoneración del Requisito de Residencia.
- i. He presentado la Solicitud de Exoneración del Requisito de Residencia el día _____.
 - ii. He adjuntado a la presente declaración una copia de la Solicitud de Exoneración.
 - iii. Entiendo que si la Solicitud de Exoneración es denegada después de que el Estudiante haya sido inscrito, el Estudiante ya no reunirá los requisitos para matricularse en Confluence Academies, y se solicitará su retiro de la escuela inmediatamente después de la denegación de la Exoneración.

5. Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, toda la información proporcionada en esta declaración es verdadera, exacta y completa.

6. Entiendo que si he proporcionado información falsa en esta declaración, podré ser acusado y condenado por un delito menor de Clase A.

7. Entiendo también que si he proporcionado información falsa en esta declaración o en los documentos presentados para sustentar esta declaración, Confluence Academies podrá interponer una demanda en mi contra para resarcirse del costo que generó la asistencia del estudiante a la escuela.

8. Entiendo también que este documento de inscripción se mantendrá como parte del expediente académico permanente del Estudiante.

Fecha

Firma del padre/madre/tutor



Información para la inscripción inicial en servicios estudiantiles

Confluence Academies se encuentra plenamente comprometida a impartir una educación de calidad a todos sus alumnos, especialmente a aquellos que tienen necesidades especiales y, a fin de alcanzar nuestro objetivo, necesitamos de su ayuda. Les agradeceremos completar esta hoja en su totalidad.

¿Ha recibido su hijo(a) servicios de intervención temprana (desde el nacimiento hasta los 3 años)? Sí No

¿Ha sido evaluado su hijo(a) por las escuelas públicas para determinar si requiere educación especial? Sí No

¿Tiene su hijo(a) actualmente un Programa de Educación Individualizada (IEP, por sus siglas en inglés)? Sí No
Si su respuesta es sí, proporciónenos una copia del mismo.

¿Alguna vez ha recibido su hijo(a) servicios de educación especial? Sí No

¿Recibe su hijo(a) servicios conforme a lo dispuesto en la sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973? Sí No
Si su respuesta es sí, proporciónenos una copia del plan 504.

Por favor, marque cualquiera de los siguientes servicios que su hijo(a) haya recibido o que aún reciba.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Habla y lenguaje | <input type="checkbox"/> Terapia física | <input type="checkbox"/> Servicios de inclusión |
| <input type="checkbox"/> Salón de educación especial
[self-contained classroom] | <input type="checkbox"/> Orientación y movilidad | <input type="checkbox"/> Sordera y deficiencia auditiva |
| <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional | <input type="checkbox"/> Ayuda psicológica [counseling] | <input type="checkbox"/> Salón de apoyo [resource room] |
| <input type="checkbox"/> Serv. para discapacidad visual | <input type="checkbox"/> Servicios médicos | <input type="checkbox"/> Educación física adaptada |

¿Usa su hijo(a) anteojos? Sí No

¿Usa su hijo(a) audífonos? Sí No

¿Le preocupa que su hijo(a) pueda tener una necesidad especial que no haya aún sido evaluada? Sí No

Si su respuesta es sí, explique: _____

Firma del padre/madre/tutor

Fecha



Encuesta sobre idioma hablado en el hogar

Apellido del estudiante Nombre del estudiante Segundo nombre del estudiante

Género: Masculino Femenino Grado que cursará el estudiante en el año escolar 2019-2020: _____

Apellido del padre/madre Nombre del padre/madre Segundo nombre del padre/madre

¿En qué mes y año asistió su hijo(a) por primera vez a la escuela en los Estados Unidos? Mes: _____ Año: _____

¿Cuántos años ha asistido su hijo(a) a la escuela en los Estados Unidos? _____

¿Se habla en el hogar algún idioma distinto al inglés? Sí No

Si su respuesta es sí, indique qué otro(s) idioma(s) se habla(n) en el hogar _____

¿Cuál de las siguientes afirmaciones describen mejor a su hijo(a)?

- Solo comprende el idioma inglés
- Solo comprende el idioma hablado en el hogar indicado arriba
- Comprende tanto el inglés como el idioma hablado en el hogar indicado arriba

¿Qué idioma comprende mejor su hijo(a)?

- Inglés
- Idioma hablado en el hogar indicado arriba
- Ambos idiomas por igual

¿Qué idioma aprendió a hablar primero su hijo(a)?

- Inglés
- Idioma hablado en el hogar indicado arriba

¿Qué idioma habla su hijo(a) la mayoría del tiempo?

- Inglés
- Idioma hablado en el hogar indicado arriba

¿Qué idioma habla usted (padre/madre) la mayoría del tiempo?

- Inglés
- Idioma hablado en el hogar indicado arriba

¿Alguna vez ha asistido su hijo(a) a un programa bilingüe o de Inglés como Segundo Idioma (ESL)? Sí No

Si su respuesta es sí, indique cuántos años: _____

Firma del padre/madre/tutor

Fecha



Información para salida del estudiante de la escuela

Apellido del estudiante	Nombre del estudiante	Segundo nombre del estudiante
Apellido del padre/madre	Nombre del padre/madre	Segundo nombre del padre/madre
Número de teléfono del hogar	Número de teléfono del trabajo	Número de teléfono celular

- Mi hijo(a) tiene autorización para caminar de ida y regreso de la escuela sin la compañía de un adulto.
- Mi hijo(a) se trasladará en el autobús escolar la mayoría del tiempo.
- Se llevará y recogerá a mi hijo(a) de la escuela la mayoría del tiempo.

Información y atención de emergencia

Doy autorización a Confluence Academies para procurar atención médica a mi hijo(a) en caso de una emergencia médica. Me haré responsable de los gastos que demande cualquier atención médica de emergencia que se preste a mi hijo(a).

El hospital de mi preferencia es: _____

Doy mi autorización para que Confluence Academies permita a mi hijo(a) salir de la escuela acompañado(a) de las siguientes personas adultas y para dar a conocer a éstas información sobre mi hijo(a).

Apellido	Nombre	Número de teléfono	Parentesco
Apellido	Nombre	Número de teléfono	Parentesco
Apellido	Nombre	Número de teléfono	Parentesco
Apellido	Nombre	Número de teléfono	Parentesco

Firma del padre/madre/tutor

Fecha



Solicitud de expedientes académicos

Su firma en el presente documento autoriza a la escuela remitente a enviar los expedientes académicos de su hijo(a) a Confluence Academies.

Nombre de la escuela _____

Dirección de la escuela _____

Ciudad _____

Estado _____

Código postal _____

Número de teléfono de la escuela _____

Número de fax de la escuela _____

Para: Oficinista de Expedientes Académicos

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____ No. de documento de identidad (si lo tiene): _____

Grado que cursa actualmente: _____

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

El estudiante en mención ha presentado a Confluence Academies una solicitud de matrícula para el año escolar 2019-2020.

Por favor, presente todos los documentos, incluyendo:

- Expediente acumulativo del estudiante
- Informes de educación especial
- Historiales médicos
- Programas de Educación Individualizada (IEP)
- Libretas de notas
- Revaluaciones de educación especial
- Registros de asistencia
- Plan de la Sección 504 y evaluaciones relacionadas
- Registros disciplinarios
- Primer idioma
- Evaluaciones iniciales de educación especial
- Puntuaciones de pruebas estandarizadas

El estado de Missouri exige que todo distrito escolar que recibe una solicitud de expedientes académicos por parte de otro distrito escolar a fin de matricular a un alumno que ha asistido anteriormente a una escuela perteneciente al mismo distrito del cual el estudiante se traslada, responda a dicha solicitud en un plazo de cinco días hábiles después de recibir la solicitud, con o sin la firma del padre/madre.

Por favor, envíe por correo o fax la documentación arriba indicada a la escuela que haya elegido:

Aspire Academy
5421 Thekla Ave.
St. Louis, MO 63120

Old North
3017 N. 13th St.
St. Louis, MO 63107

South City
3112 Meramec St.
St. Louis, MO 63118

Confluence Preparatory/Elite Academy
310 N. 15th St.
St. Louis, MO 63103

Grand Center Arts Academy
711 N. Grand Blvd.
St. Louis, MO 63103

FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD 2019-2020

NOMBRE DEL NIÑO: _____			
PERSONA QUE PROPORCIONA ESTA INFORMACIÓN: _____			
PARENTESCO: _____			
GRADO: _____			
FECHA DE NACIMIENTO: _____			
HOSPITALIZACIONES Y ENFERMEDADES	SÍ	NO	EXPLIQUE LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS
1. ¿Ha sido el niño alguna vez hospitalizado o sometido a una operación?			
2. ¿Ha tenido el niño alguna vez un accidente serio (fractura de huesos, lesiones en la cabeza, caídas, quemaduras, envenenamiento)?			
3. ¿Ha tenido el niño alguna vez una enfermedad seria?			
PROBLEMAS DE SALUD			
4. ¿Tiene el niño con frecuencia: infecciones urinarias o dificultad para orinar dolor de garganta tos dolor de estómago, vómitos, diarrea?			
5. ¿Tiene el niño dificultad para ver (mira con los ojos entrecerrados, bizquea los ojos, se acerca mucho a los libros al momento de leer)?			
6. ¿Usa el niño (o se supone que debe usar) anteojos?			
7. ¿Tiene el niño problemas del oído/audición (dolor de oído, frecuentes dolores de oídos, secreción, se frota la oreja)?			
8. ¿Ha tenido el niño alguna vez una convulsión o un ataque?			
9. ¿Toma el niño actualmente algún medicamento?			
10. ¿Recibe el niño actualmente tratamiento de un médico o dentista?			
11. ¿Ha tenido el niño: forúnculos varicela eczema sarampión paperas escarlatina tos ferina rubéola?			
12. ¿Ha tenido el niño: urticaria polio?			
13. ¿Ha tenido el niño: asma tendencia al sangrado diabetes fiebre reumática epilepsia enfermedad cardiaca/circulatoria enfermedad hepática anemia de células falciformes?			
14. ¿Tiene el niño algún problema de alergia (sarpullido, picazón, hinchazón, dificultad para respirar, estornudos)?			
a. ¿Cuándo come algún alimento? _____			
b. ¿Cuándo toma algún medicamento? _____			
c. ¿Cuándo se encuentra cerca de animales, pieles, insectos, polvo, etc.? _____			

<p>15. ¿Tiene su hijo algún otro problema de salud? _____</p> <p>¿Le informó un médico u otro profesional de la salud que el niño tiene este problema? _____</p> <p>¿Cuándo fue la última vez que un médico vio a su hijo por este problema?</p>			
<p>16. Describa cualquier necesidad especial que su hijo requerirá en las actividades diarias:</p>			
<p>17. ¿Existe algún otro problema de salud al que no nos hayamos referido que interfiera en las actividades diarias del niño?</p>			
<p>PARA LOS PADRES DE UN NIÑO CON ASMA</p>			
<p>18. ¿Cuándo se le diagnosticó a su hijo el asma?</p>			
<p>19. ¿Qué desencadena los ataques de asma de su hijo? Marque todas las respuestas que correspondan.</p> <p>Enfermedad Emociones Medicamentos Alimentos Fatiga Clima Ejercicios Olores químicos</p> <p>Cigarrillo u otro tipo de humo</p>			
<p>20. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha estado su hijo hospitalizado durante la noche o por más tiempo debido al asma?</p>			
<p>21. ¿Tiene su hijo alguna necesidad especial en la escuela con respecto al asma (no responder si figura en la sección anterior)?</p>			
<p>DESARROLLO FÍSICO, PSICOLÓGICO Y SOCIAL</p>			
<p>22. ¿Se preocupa mucho su hijo o tiene mucho miedo de algo?</p> <p>Si es así, qué cosas parecen motivar que se preocupe o tenga miedo:</p>			
<p>23. ¿Tiene su hijo alguna dificultad para expresar lo que desea hacer o tiene usted algún problema para entender a su hijo?</p> <p>Si es así, sírvase describir:</p>			
<p>24. ¿Ha habido grandes cambios en la vida de su hijo en los últimos seis meses?</p> <p>Si es así, sírvase describir:</p>			
<p>25. ¿Hay algo más que desearía informarnos acerca de su hijo?</p> <p>Si es así, sírvase describir:</p>			