



809-261-2319

[oymhostos@hostosschool.com](mailto:oymhostos@hostosschool.com)

[www.hostosschool.com](http://www.hostosschool.com)

**FORMULARIO DE INFORMACION**  
**\*CONFIDENCIAL\***

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Grado 2018-2019 \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Primer idioma del estudiante \_\_\_\_\_

Nacionalidad del padre \_\_\_\_\_ Nacionalidad de la madre \_\_\_\_\_

¿En cuales países el estudiante ha estudiado? \_\_\_\_\_

HERMANOS

EDAD ¿VIVEN JUNTOS? ¿ESTUDIA EN HOSTOS?

_____	_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
_____	_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

¿Divorcio en la familia?  Si  No

¿Padrastra/madrastra?  Si  No

¿Padre/Madre Soltero/a?  Si  No

¿Muerte de Padre/Madre?  Si  No (en caso afirmativo, favor especifique)

ESTE ESTUDIANTE

Si  No ¿Ha repetido cursos?

Si  No ¿Ha sido recomendado para una evaluación académica?

Si  No ¿Ha recibido servicios de tutoría?

Nombre de tutor: \_\_\_\_\_ Frecuencia; \_\_\_\_\_

Si  No ¿Tiene una condición médica que requiere atención especial?

De ser afirmativo, favor especifique \_\_\_\_\_

Si  No ¿Está o ha sido medicado?

Si  No ¿Ha recibido o está recibiendo servicios psicológico?

Si  No ¿Ha sufrido algún accidente o enfermedad significativa?

De ser afirmativo, favor especifique \_\_\_\_\_

Tiene usted alguna inquietud que desea discutir con:

Directora  Orientador  Profesor/a  Otro

Información adicional que pueda facilitar el éxito de su hijo/a en Hostos

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha