



809-261-2319/Whatsapp: 809-501-6205

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

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

## FORMULARIO DE INFORMACION

**\*CONFIDENCIAL\***

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Grado 2023-2024 \_\_\_\_\_

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?

	EDAD	SI	NO	SI	NO
_____	_____	SI	NO	SI	NO
_____	_____	SI	NO	SI	NO
_____	_____	SI	NO	SI	NO
_____	_____	SI	NO	SI	NO

¿Divorcio en la familia?	Si	No
¿Padraastro/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 recibido algún tratamiento médico?  
Si No ¿Ha sufrido algún accidente o enfermedad significativa?  
De ser afirmativo, favor especifique \_\_\_\_\_  
Si No ¿Ha recibido o está recibiendo servicios psicológicos?  
Si No De ser afirmativo ¿cuenta usted con un diagnóstico que pueda suministrar a la orientadora?

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