



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 2024-2025 \_\_\_\_\_

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?
_____	_____	SI NO	SI NO
_____	_____	SI NO	SI NO
_____	_____	SI NO	SI NO
_____	_____	SI NO	SI NO

¿Divorcio en la familia? Si No  
¿Padastro/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