



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

oymhostos@hostosschool.com

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
¿Padrastro/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