**Consultorio pedagógico-psicológico de ………………………..**

**Centro de trabajo :**

Apellido y nombre: ................................................................................... nacido ..............................

Dirección del domicilio, C.P.: ............................................................... No. de tel. ............................

Alumno del curso: ......................, Escuela .........................................................en ........................................

**Muy confidencial**

**Mensaje a los padres**

Estimados padres, cliente mayor de edad:

A su hijo se le prestará la atención especializada de consulta en nuestro establecimiento. Para ello necesitamos también la colaboración de usted. Le rogamos rellene atentamente y con veracidad el cuestionario siguiente. Rellene todas las casillas del cuestionario.

En opciones de respuestas basta:

**a) subrayar el ítem conveniente;**

**b) o marcar con una cruz la respuesta correcta.**

Sus informaciones serán completamente confidenciales y destinadas solamente para nuestros fines internos. Su contenido se protegerá conforme el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo (en adelante sólo "Reglamento") .

El establecimiento escolar de consulta procederá en el examen conforme a la enmienda de la ley de educación No. 82/2015 R.L., al tenor de modificaciones posteriores, conforme a Arts. 16, 16a apartado 3 y 4., 17, 28, 116 y conforme al decreto No. 27/2016 R.L., al tenor de modificaciones posteriores, Arts. § 11, 12, 13, 14, 15;

El informe y las recomendaciones se facilitarán al sujeto de la consulta. Durante la entrega del informe, el representante legal o cliente mayor de edad son informados sobre su contenido.

**Instrucción de representantes legales/cliente mayor de edad conforme al decreto No. 72/2005 R.L., al tenor de modificaciones posteriores en la enmienda del decreto No. 197 R.L., al tenor de modificaciones posteriores, decreto No. 27/2016 R.L., al tenor de modificaciones posteriores:**

1. En base del consentimiento del representante legal o cliente mayor de edad, los trabajadores especializados del establecimiento de consulta prestan la atención de consulta, rectificación, método o terapia y recomiendan la cooperación con otros centros especializados. En el caso de la necesidad, realizan también el examen del niño, alumno y estudiante para fines del establecimiento de medidas de fomento por el psicólogo (se observan capacidades de racionamiento, conocimientos , habilidades, estilo del aprendizaje, características de la personalidad, elección adecuada de la futura profesión) y pedagogo especial (verifica sobre todo el nivel de las habilidades de lectura, escritura y matemáticas).

2. La duración corresponde al carácter de la atención de consulta necesaria, aproximadamente 1-5 horas (según el carácter del problema, se puede realizar solamente el examen psicológico o pedagógico o los dos, tanto psicológico como pedagógico).

**3. El objetivo es responder qué podría ayudar a disminuir o eliminar los problemas que son motivos de la atención de consulta.**  En base de los resultados de la atención de consulta, los trabajadores especializados recomiendan convenientes procedimientos de rectificación o medidas de fomento devenidas.

4**.** Es necesario advertir del **riesgo** que se puede manifestar en el caso de una demora o no respeto a las recomendaciones. El servicio prestado puede causar inconvenientes al cliente, sobre todo si los resultados de los exámenes especializados están en contradicción con las expectativas del cliente o su representante legal o en el caso de que los trabajadores especializados llegan a saber de modo fehaciente que se está cometiendo o preparando un delito (la obligación de aviso).

**5. El beneficio del servicio de consulta prestado** se puede esperar después del descubrimiento de la causa y carácter de los problemas y la consecuente recomendación del modo adecuado de la próxima formación o educación del cliente. Para disminuir o eliminar la manifestación de problemas del cliente puede ayudar también la dirección por el empleado especializado.

6. Antes de la prestación de la atención de consulta, el representante legal o el cliente mayor de edad firman el consentimiento informado con la prestación del servicio de consulta que será vigente durante todo el tiempo de la prestación del servicio. Se llevará la documentación de los servicios prestados de modo que el cliente no sufra una infracción de sus derechos y sea protegido de una intervención injustificada en su vida privada y personal.

**7.** El padre tiene derecho a pedir en cualquier momento el servicio de consulta de nuevo, derecho al proceso según Art. 16 y apartado 5 de la ley de educación, derecho a pedir revisión según Art. 16b de la ley de educación y derecho a presentar una queja ante la Inspección Escolar Checa, conforme a Art. 174 apartado 5 de la ley de educación.

8. Si el resultado de la atención de consulta es un diagnóstico, el trabajador especializado elaborará el informe y recomendación según el decreto No 27/2016 R.L., al tenor de las enmiendas posteriores.

9. La información de contactos, objetivos y bases legales del tratamiento y sus derechos en la esfera de los datos personales se encuentra en la página web del centro de consultas (http://www.pepor-plzen.cz/).

Las categorías de los datos personales a tratar se encuentran en la página web de CPP …………

Si no puede comparecer, haga el favor de avisar a tiempo para que podamos invitar otro interesado.

La fecha del eventual examen de control siempre se indicará en la recomendación.

Gracias por su colaboración

En ………………….: . .. 20…

Director/a del CPP

**Información biográfica**

**Padre:** Nombre, apellido: …………………………………………………………………………

Teléfono:……………………………… E-mail:…………………………………………………

**Madre:** Nombre, apellido: ……………………………………………………………………….

Teléfono:……………………………… E-mail:…………………………………………………

Existen también en otros miembros de la familia problemas de carácter de salud, aprendizaje o educación:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

En qué idioma hablan en casa:……………………………………………………………….

La familia es completa: [ ]  sí -[ ]  no Quién educa al niño: [ ]  madre – [ ] padre - otra persona ....................

Cuidado alterno: [ ] sí - [ ]  no

Tutela: [ ] sí - [ ]  no

**Padrastro, tutor:**

Nombre, apellido: ……………………………………… ………………..……………………..

Teléfono:……………………………… E-mail:…………………………………………………

¿El embarazo fue: normal – de riesgo? ¿La madre tuvo problemas: no - sí?

Qué problemas tuvo la madre (vómitos, hemorragia, malestar, enfermedades - cuáles, en qué mes):

…………………………………………………………………………………………………..

Gestación [ ]  consumada –[ ]  no consumada –[ ]  parto con retraso – parto en ………………...………..mes

El parto fue [ ] normal – [ ] problemas (¿cuáles?)

………………………………………………………………….

El niño recién nacido [ ]  fue – [ ] no fue resucitado, [ ] padecía –[ ]  no padecía de ictericia del recién nacido, [ ] padecía – [ ] no padecía de problemas de salud

(¿cuáles?)................................................................................................

El niño [ ] fue amamantado hasta ………….. semanas, [ ] no fue amamantado.

Hasta ahora, en el niño aparecieron estas enfermedades, por ej.

Sarampión Urticaria Otitis media

Rubeola Anginas Lesión de la cabeza

Varicela Enfermedades de intestinos Meningitis

Parotiditis Escarlatina otras

¿Padeció el niño de una enfermedad grave: [ ]  no - [ ]  sí? ¿De qué enfermedad se trataba?………………………

.......................................................................................................................................................

El niño fue ingresado: [ ]  no - [ ]  sí? A qué edad, cuánto tiempo, por qué razón …………………

…………………………………………………………………………………………………...

¿El niño está bajo el cuidado de un especialista? (por ej., psicólogo, psiquiatra, foniatra, neurólogo, logopedista, etc.) [ ] sí - [ ]  no

Cuál:…………………………………………………………………………………………

El niño comenzó a: sentarse a………………meses. decir palabras a …………………meses.

 gatear a ..………….……. meses. decir frases a …………………meses.

 caminar a ..………….……. meses.

Comenzó a ocuparse de la higiene a ………………………………………………………...

Ahora se[ ]  orina [ ] por la noche – [ ] por el día –[ ]  no se orina.

Motricidad gruesa (habilidad, control del cuerpo y postura, coordinación de las extremidades superiores e inferiores - por ej., saltar, montar bicicleta, patinar, esquiar, saltar a la cuerda, jugar con pelota, etc.):

 [ ]  hábil - [ ] poco hábil en qué:………………………………………………………………… ……………

**Motricidad fina** (motricidad de los dedos y órganos de articulación - por ej.,, construcciones de dados, articulación difícil, enfilar abalorios, cortar con tijera, pegar, manipular con objetos menudos)

[ ] hábil - [ ] poco hábil en qué:…………………………………………………………………

**Trabajando y dibujando el niño prefiere** [ ] la mano derecha –[ ] la mano izquierda-[ ]  alterna las dos manos.

En la familia existe/existía un zurdo: [ ]  sí - [ ]  no ¿Quién?......................................................

En el niño se manifiestan:

dolores de cabeza vivacidad llamativa desorden nerviosismo

defectos del sueño intranquilidad ansiedad, incertidumbre desobediencia

problemas con la alimentación ataques de rabia destrucción de cosas engaños, mentiras

defectos del habla rebeldía agresividad, broncas tartamudez

torpeza lentitud, cansancio problemas con la pronunciación de sonidos timidez

falta de habilidad desconcentración formulación incorrecta de frases ausencias escolares

se aparta de otros niños provoca conflictos usa gramática incorrecta sustracción de cosas

payasadas pasividad en establecimiento de contactos poco vocabulario defectos sexuales

**Defectos de órganos de sentidos**: miopía, sordez, ..................................................

**Frecuentó/frecuenta el Jardín Infantil:** **[ ]** sí [ ] no Desde qué edad………………………………

**Aplazo de la asistencia escolar** [ ] sí –[ ]  no

En el año: ……………………………………………..

**Frecuentó el curso preparativo:** ¿sí - no?

¿El niño ya se ha sometido a un examen especializado psicológico o pedagógico? [ ] sí - [ ]  no

¿Cuándo y dónde? ...................................................................................................................................

**II. Motivo de la visita del establecimiento de consultas**

Cuál es el motivo de su visita:…………………………………………………………………….

Por impulso de quién: padres- escuela-otros (quién)……………………………………………………..

Describa los problemas del niño, alumno, estudiante en casa:……………………………………

 ......................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………….......

…………………………………………………………………………………………………...

Describa los problemas del niño, alumno, estudiante en la escuela :…………………………

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………….......

Describa sus ventajas y habilidades…………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………...

\*El cliente frecuenta dentro del marco de la escuela: semiinternado [ ] sí - [ ]  no

 círculo de interés en la escuela [ ] sí - [ ]  no

El cliente frecuenta organizaciones de interés fuera de la escuela: Casa infantil [ ] sí - [ ]  no

 Escuela de arte [ ] sí - [ ]  no

\*) A diario estudia en promedio………………………………………………………………..

\*) Estudia: [ ]  regularmente - [ ]  irregularmente- [ ]  sólo a veces- [ ]  en absoluto

\*) Relación con los estudios: [ ]  estudia solo, sin comentarios- [ ]  necesita el control a veces-[ ]  necesita el control siempre

\*) Estudia solo [ ]  sí - [ ]  no Con los estudios le ayuda…………………………………………

\*) Nota: no rellenar en niños del Jardín Infantil

**III. Conclusión**

Cuidado alterno: [ ]  sí - [ ]  no

En el caso del cuidado alterno, el informe será entregado a [ ] madre – [ ] padre - [ ]  otro representante legal………..

Tomo en consideración que si la salida de la atención de consulta es una recomendación de medidas de fomento para niños, alumnos, estudiantes con necesidades educativas especiales de 1o a 5o grado, el informe siempre será enviado a la escuela.

**Si no relleno este cuestionario, tomo en consideración que no es posible realizar otro cuidado de consultas, ya que el solicitante no prestó la cooperación necesaria para cumplir el objetivo del servicio de consulta, conforme al decreto No. 72/2005 R.L., decreto No. 27/2016 R.L., al tenor de las enmiendas posteriores.**

En ……………., fecha …………… .................................

Firmas

Observación adicional: