

**Planificación Educativa Individual  
(PEI)  
Hoja de Planificación (PEI)  
para los Padres**

**Nombre del Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre del Padre:** \_\_\_\_\_

Para desarrollar el mejor programa posible, necesitamos su ayuda y su conocimiento de su hijo. A continuación se presentan algunas preguntas que debe considerar mientras se prepara para la reunión del PEI. Por favor escriba cualquier consideración y/o información adicional que quiera incluir para la futura referencia del equipo PEI.

- ¿Cuáles son las fortalezas de su hijo/a?

_____ Intenta cosas nuevas	_____ Tiene buen sentido del humor	_____ Cumple bien sus actividades en el hogar
_____ Hace nuevos amigos fácilmente	_____ Tiene buenas ideas	_____ Dice, “por favor” and “gracias”
_____ Encourages others	_____ Habla claramente	_____ Es feliz
_____ Ofrece ayudar a otros	_____ Tiene auto confianza	_____ Juega bien con niños
_____ Le gusta los libros	_____ Entiende lo que se dice	
_____ Admite sus errores	_____ Escucha con atención	
_____ Hace deberes cuando se le pide	_____ Sigue instrucciones	_____ Es buena onda
_____ Hace su tarea	_____ Pide ayuda	_____ Tiene buen contacto visual
_____ No se rinde fácilmente	_____ Sigue intentando	_____ Tiene buen apetito
_____ Se adapta a cambios en su rutina	_____ Se siente cómodo con otras personas	_____ Tiene pocos miedos
_____ Le gusta la música	_____ Le gusta que le lean	_____ Se hace entender
		_____ Es orgulloso de sí mismo
		_____ Le sonrío a las personas

---



---



---

- Cuáles debilidades consideras que sean las de su hijo/a (e.g., áreas que le pueden causar frustraciones o que usted sienta que su hijo/a tiene una necesidad especial para mejorar)?

_____ Discute con usted	_____ Es demasiado serio	_____ Se distrae fácilmente
_____ Come cosas no comestibles	_____ Actúa sin pensar	_____ Le cuesta hacer amigos
_____ Tiene problemas cambiando de tarea	_____ No trabaja	_____ Se preocupa por los demás
_____ Se preocupa de lo que piensan Sus padres	_____ Rompe cosas	_____ No habla claramente
_____ Se mantiene enojado por	_____ No escucha bien	_____ No pide ayuda
_____ Se niega a recibir ayuda	_____ Tiene problemas de vista	_____ Es crítico de si mismo
	_____ Tiene miedos	_____ No sonrío
	_____ Se olvida de cosas	_____ Tiene problemas de oído
_____ Se queja del trabajo mismo	_____ Trata de herirse a si mismo	_____ Tiene un período de atención corto
_____ No parece ser feliz	_____ Tiene fiebre	_____ Se queja
_____ No se ajusta bien al cambio	_____ Necesita ejemplos	_____ Necesita mucha supervisión
	_____ Es nervioso	_____ Grita

\_\_\_\_\_ Es hiperactivo

\_\_\_\_\_ Siempre quiere tener la  
razón

\_\_\_\_\_ Es soñador

\_\_\_\_\_ Se enferma mucho

\_\_\_\_\_ Se irrita fácilmente

\_\_\_\_\_ Tiene accidents de baño

<input type="checkbox"/> No entiende la primera vez que escucha algo	<input type="checkbox"/> Se trastorna cuando se pierden cosas hermano/a lost	<input type="checkbox"/> Es intimidante con su
	<input type="checkbox"/> Tiene alergias severas	<input type="checkbox"/> Tiene resfríos frecuentemente
<input type="checkbox"/> Necesita instrucciones simples	<input type="checkbox"/> Tiene déficit de atención	<input type="checkbox"/> Trepa sobre cosas
<input type="checkbox"/> Es nervioso cuando le toca responder	<input type="checkbox"/> Repite un pensamiento vez y otra vez	<input type="checkbox"/> Lloro fácilmente
<input type="checkbox"/> Mira fijamente cómo en blanco	<input type="checkbox"/> Se enoja si no salen las cosas a su manera	<input type="checkbox"/> Tiene episodios
<input type="checkbox"/> No le importa		<input type="checkbox"/> Se niega a leer
<input type="checkbox"/> No puede entender matemática	<input type="checkbox"/> No puede leer	<input type="checkbox"/> Tiene rabietas
<input type="checkbox"/> No juega bien con otros	<input type="checkbox"/> Se niega a hacer tarea de matemática	<input type="checkbox"/> Es tímido con otros
	<input type="checkbox"/> Le pega a otros	<input type="checkbox"/> Se mantiene enfermo
<input type="checkbox"/> No habla muy bien	<input type="checkbox"/> Se demora mucho tiempo para responder cuando le preguntan que está pensando	<input type="checkbox"/> Tiene infecciones de oído
<input type="checkbox"/> No hace todos los sonidos correctos cuando el/ella habla	<input type="checkbox"/> Se enoja cuando	<input type="checkbox"/> No se ríe mucho
		<input type="checkbox"/> Tiene miedo de morir
		<input type="checkbox"/> el/ella no Rompe cosas

- Cómo crees que aprende mejor su hijo? (Que tipo de situación hace que el aprendizaje sea más fácil)?

<input type="checkbox"/> Actividad personalizada con la maestra	<input type="checkbox"/> Actividad personalizada con un amigo
<input type="checkbox"/> Actividad personalizada con el padre	<input type="checkbox"/> Actividad personalizada con hermano/hermana
<input type="checkbox"/> Trabajar con libros de imágenes	<input type="checkbox"/> Con hojas que piden solucionar problemas
<input type="checkbox"/> Con objetos (como para contar)	<input type="checkbox"/> Trabajar en el aula
<input type="checkbox"/> Viendo que otro hace la actividad primero	<input type="checkbox"/> Con muchas reformulaciones de las direcciones
<input type="checkbox"/> Cuando mi hijo está cerca a la enseñanza	<input type="checkbox"/> Sin ningún ruido en el cuarto
<input type="checkbox"/> Con música	<input type="checkbox"/> Con la computadora como herramienta
<input type="checkbox"/> Con mi hijo en mi falda	<input type="checkbox"/> Con mi hijo sentado a mi lado en un asiento suave
<input type="checkbox"/> Con mi hijo sentado en la mesa	<input type="checkbox"/> Con mi hijo sentado en un escritorio
<input type="checkbox"/> Con las luces tenues	<input type="checkbox"/> Con luces brillantes en el cuarto
<input type="checkbox"/> Con un bocadillo	<input type="checkbox"/> Sin comida cercana
<input type="checkbox"/> Con la radio/TV prendida	<input type="checkbox"/> Sin la radio/TV prendida

- Por favor describa las habilidades educativas que su hijo practica en el hogar regularmente (e.g. leer, hacer manualidades, usar la computadora).

<input type="checkbox"/> Le lee a su madre/padre diariamente	<input type="checkbox"/> matemáticos diariamente
<input type="checkbox"/> Soluciona problemas	<input type="checkbox"/> Le gusta hacer galletas
	<input type="checkbox"/> Le gusta hacer manualidades

\_\_\_\_\_ Le lee a su hermano/a diariamente

\_\_\_\_\_ Dibuja imágenes con lápiz,  
creyón, marcadores.

\_\_\_\_\_ Usa la computadora  
diariamente para hacer  
matemática, lecturas

- Su hijo tiene cualquier comportamiento que le preocupa a usted o a sus familiares? Si es así, por favor describa el comportamiento/los comportamientos.

<input type="checkbox"/> Moja la cama en la noche	<input type="checkbox"/> Dice, "Ojalá estuviera muerto"	<input type="checkbox"/> Discuta acerca de todo
<input type="checkbox"/> Rompe cosas	<input type="checkbox"/> No duerme bien	<input type="checkbox"/> Se niega a acostarse
<input type="checkbox"/> Se niega a hacer la tarea	<input type="checkbox"/> Rabietas	<input type="checkbox"/> Es muy argumentativo
<input type="checkbox"/> Es triste	<input type="checkbox"/> Tiene problemas de estómago	<input type="checkbox"/> Tiene alergias
<input type="checkbox"/> Hace ruidos cuando juega	<input type="checkbox"/> Se niega a jugar con otros	<input type="checkbox"/> Balbucea con sigio mismo
<input type="checkbox"/> Actúa sin pensar	<input type="checkbox"/> Se queja de su salud	<input type="checkbox"/> Tiene jaquecas
<input type="checkbox"/> Se mantiene solo siempre	<input type="checkbox"/> Se distrae fácilmente	<input type="checkbox"/> Es demasiado serio
<input type="checkbox"/> Voz suena rasposo	<input type="checkbox"/> No sonríe/ríe	<input type="checkbox"/> Titubea
<input type="checkbox"/> Grita	<input type="checkbox"/> Habla de morirse	<input type="checkbox"/> Juega con sus propios genitales
<input type="checkbox"/> Parece no poder terminar algo	<input type="checkbox"/> Dice, "No le caigo bien a nadie"	<input type="checkbox"/> Se muerde las uñas
<input type="checkbox"/> Amenaza con herir a otros	<input type="checkbox"/> Tiene problema haciendo decisiones	<input type="checkbox"/> Se frustra fácilmente
	<input type="checkbox"/> Usa lenguaje vulgar	<input type="checkbox"/> No habla directamente

---



---



---

- ¿Cuáles son los talentos o pasatiempos especiales de su hijo?

<input type="checkbox"/> Música	<input type="checkbox"/> Colorear	<input type="checkbox"/> Montar caballos
<input type="checkbox"/> Contar historias	<input type="checkbox"/> Leer	<input type="checkbox"/> Memorizar
<input type="checkbox"/> Decir poesía	<input type="checkbox"/> Tener estilo en su vestimento	<input type="checkbox"/> Ciclismo
<input type="checkbox"/> Recordar información	<input type="checkbox"/> Cocinar	<input type="checkbox"/> Jardinería
<input type="checkbox"/> Arte	<input type="checkbox"/> Fotografía	<input type="checkbox"/> Armar rompecabezas
<input type="checkbox"/> Escribir cuentos		

---



---



---

- ¿Cuáles son las actividades preferidas de su hijo?

---



---



---

- Tiene algún miedo en particular su hijo? Si es así, describa.

---



---



---

- ¿Cómo reacciona habitualmente su hijo cuando está trastornado y cómo lidia usted con este comportamiento?

---

---

---

- Tiene cualquier preocupación particular acerca del programa escolar de su hijo este año? Si es así, por favor describa.

---

---

---

- ¿Cuáles son sus principales esperanzas para su hijo este año?

---

---

---

---

- Hay otra información que nos pudiese ayudar a entender mejor su hijo?

---

---

---

- Hay cualquier preocupación que le gustaría discutir en la próxima reunión del equipo PEI?

---

---

---

***Gracias por contribuir sus valiosa percepción de padre.***

***Sinceramente,***

---

*(Coordinador del equipo PEI)*