

EVALUACIÓN VOCACIONAL NIVEL 1 ENTREVISTA DE PADRES / TUTORES	
---	--

Nombre:	
Fecha:	
escuela	
Seguro Social #	
Dirección:	
Fecha de nacimiento:	
Fecha estimada de graduación:	
Teléfono:	
Nombre del padre:	

Responda las siguientes preguntas para que podamos entender el plan y las necesidades de su hijo para el futuro.

Trabajo / Comunidad

1. ¿En qué tipo de cosas su hijo (a) parece interesado (computadoras, deportes, TV, juegos, familia, etc.)?

2. ¿De qué tipo de trabajos / tareas ha hablado su hijo con usted?

3. ¿Su hijo (a) realiza tareas en el hogar (lavandería, limpieza, etc.)?

4. ¿Qué tipo de trabajo le gustaría ver a su hijo (a) hacer cuando crezca?

5. ¿Cree usted que su hijo / a se siente cómodo hablando con los compañeros y / o adultos?

6. ¿Su hijo / hija se suma a la conversación o simplemente escucha?

7. ¿Crees que tu hijo / a podría ir con un extraño?

8. ¿Sabe su hijo / a quién y cuándo pedir ayuda?

9. ¿Se lleva su hijo / a con otros niños y / o adultos?

10. ¿Con quién se lleva mejor su hijo / a? Adultos o niños

11. Enumere cualquier inquietud médica y / o medicamentos en los que se encuentre su hijo / a:

Gestión personal / Arreglos de vivienda

1. ¿Su hijo / a mantiene su cuarto limpio?

2. ¿Ayuda su hijo / a con los platos?

3. ¿Su hijo / hija cuida bien las cosas? (Mantiene las cosas en buenas condiciones)?

4. Después de la graduación, ¿ve a su hijo / a viviendo en su casa, viviendo de manera independiente o en algún otro arreglo de vivienda?

5. ¿En cuál de las siguientes áreas de vida independiente necesita instrucción su hijo / a? (Por favor circule todo lo que corresponda):

Cuidado de la ropa	Autodefensa	Preparación de comidas / nutrición
Gestión del hogar	La seguridad	Higiene / Aseo
Salud / Primeros Auxilios	Entrenamiento de viaje	Habilidades del consumidor
Conciencia Comunitaria	Habilidades interpersonales	Resolución de problemas
Gestión del tiempo / Organización	Llevarse bien con otros	Habilidad de comunicación
Conductas apropiadas	Educación sexual	Otra (especificar)

6. ¿A qué edad espera que su hijo / a viaje solo a la escuela?

7. ¿Cómo pasa su hijo / a su tiempo libre?

8. ¿Qué siente que le falta a las actividades recreativas y de ocio de su hijo / a?

9. ¿Cómo pasas el tiempo en familia?

10. Enumere las alertas especiales (alergias, enfermedades crónicas, convulsiones que usted considera que los empleadores deben tener en cuenta).

Comentarios: