



# ST. CATHERINE'S ACADEMY

## OFICINA OF ADMISIONES

Deisy Escobedo  
215 N. Harbor Blvd.  
Anaheim, CA 92805  
T 714-772-1363 x154 F 714-772-3004  
admissions@stcatherinesacademy.org

*A Boys' Catholic School with a Military Tradition*

## CUESTIONARIO DE PADRES

**Estimados Padres:** Por favor llenen en su totalidad el frente y al reverso. Si una sección no es aplicable a su hijo, por favor escriba N/A.

Por favor use letra de molde. Gracias

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Grado Actual: \_\_\_\_\_ Grado que Solicita: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor contestando el cuestionario: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Relación con el to estudiante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**En nuestro esfuerzo por saber los más posible sobre cada solicitante, le pedimos que comparta su perspectiva con nosotros.**

**Gracias por sus honestas y objetivas respuestas.**

Por qué desea que su hijo asista a SCA?

Como puede SCA beneficiar a su hijo?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Cuales son las virtudes personales se du hijo?

Cuales son los desafíos personales de su hijo?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Cuales son las virtudes académicas de su hijo?

Cuales son los desafíos académicos de su hijo?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ha sido suspendió o expulsado su hijo de la escuela?

No  Si

Si, explique la razón: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor marque las cajas si actualmente o en el pasado a participado en los siguientes programas o a sido diagnosticado con:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Educación especial                     | <input type="checkbox"/> Trastorno Obsesivo Compulsivo (OCD) |
| <input type="checkbox"/> Educación física adaptada              | <input type="checkbox"/> Trastorno Negativo Desviante (ODD)  |
| <input type="checkbox"/> Clases especial de dia                 | <input type="checkbox"/> Autismo/ Síndrome de Asperger (ASD) |
| <input type="checkbox"/> Terapia de habla                       | <input type="checkbox"/> Otro                                |
| <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional                    |  |
| <input type="checkbox"/> Consejería                             |  |
| <input type="checkbox"/> Deficit de atención sin Hiperactividad |  |
| <input type="checkbox"/> Deficit de Atención con Hiperactividad |  |

Su hijo tiene alergias?  No  Si

Por favor circule el tipo de alergia que tiene su hijo:

Perros          Gatos          Pájaros          Insectos          Medio Ambiente

Alimentos: \_\_\_\_\_ Medicamentó: \_\_\_\_\_ Other: \_\_\_\_\_

Existen problemas de salud que podrían afectar la participación de su hijo en la escuela:

---

---

Esta tomando su hijo algún tipo de medicamento?  No  Yes

Razón/Diagnostico: \_\_\_\_\_ Por cuanto tiempo \_\_\_\_\_

Nombre y dosis del medicamento:

---

---

---

Ha habido alguna situación en la vida de su hijo que la escuela debería saber para mayor asistir el desarrollo de su hijo?  
(es decir: cambios frecuentes, muerte en la familia, divorcio etc...):

Si, explique la razón: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ah estado o esta en consejería su hijo?  No  Si

Razón \_\_\_\_\_ Por cuanto tiempo: \_\_\_\_\_

Como supo de St. Catherine's Academy?

---

---

---