

**EVALUACIÓN para el logro individual. Lista para  
Padres y Comunidad**

~ TODOS LOS

Nombre de estudiante	_____	Maestra	_____
Dirección	_____	Grado	_____ El sexo _____
Teléfono #	_____	Fecha de nacimiento	_____

*Por favor, marque las siguientes características que usted observa en su hijo o hija.*

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alto nivel de actividad, o en voz alta   | <input type="checkbox"/> <b>Hace preguntas que están penetrando, extraño o vergonzosos</b>                                   |
| <input type="checkbox"/> Imaginativo, creativo, innovador, inventor, artista  | <input type="checkbox"/> Expresión clara; usa el lenguaje con fluidez, por delante de otras personas de su edad (no bocazas) |
| <input type="checkbox"/> <b>Amigos son mayores; puntos de vista, valores y lenguaje difieren de otras personas;</b> | <input type="checkbox"/> <b>Perfeccionista a veces.</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Independiente y valora su propia opinión</b>  | <input type="checkbox"/> Tiene una amplia gama de intereses / amplia base de conocimientos / curiosidades                    |
| <input type="checkbox"/> <b>Aprende algo rápidamente, curioso, interesado, cuestionamiento</b>                      | <input type="checkbox"/> Odia la repetición, deplora rutina  |
| <input type="checkbox"/> Tiene uno o más bien talentos desarrollados o pasatiempos especiales                       | <input type="checkbox"/> Tiene altas normas, preocupado con el bien y el mal   |
| <input type="checkbox"/> <b>Toma riesgos, aunque sean inapropiados</b>  | <input type="checkbox"/> Tiene ensueños, maravillas, intenta "qué pasaría si?"   |
| <input type="checkbox"/> <b>Sabe la respuesta antes de que se hizo la pregunta</b>                                  | <input type="checkbox"/> <b>Pierde la noción del tiempo</b>  |
| <input type="checkbox"/> Inicia un montón de proyectos  | <input type="checkbox"/> Le gusta organizar y estructurar las cosas y la gente   |
| <input type="checkbox"/> No está satisfecho con el simple o lo obvio  | <input type="checkbox"/> <b>Seguro de sí mismo</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Comparte el aprendizaje con otros</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Impredecible</b>   |
| <input type="checkbox"/> Sentido del humor avanzada   |  |

*Otra información que quisiera agregar:*

Me gustaría que mi hijo tome la prueba para el Programa de Altamente Capaz.

Firme de Padres \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Devuelva este documento a la Oficina de la Escuela por lo más pronto posible