



CUESTIONARIO DE PADRES (Preescolar)

Esta información es CONFIDENCIAL y será utilizada por el personal de BOCES y el personal escolar apropiado para la evaluación y la planificación educativa.

Si lo completa en un formato que se puede completar, deberá guardarlo en su computadora antes de realizar cambios, completar preguntas, guardar nuevamente en su computadora y luego enviarlo por correo electrónico o fax a la persona designada.

NOMBRE LEGAL DEL NIÑO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

DIRECCIÓN _____

LUGAR DE NACIMIENTO _____ TIEMPO EN ESTADOS UNIDOS _____

NOMBRE DE LA ESCUELA _____ NOMBRE DE MAESTRO (S) _____

NOMBRE DE LA PERSONA LLENANDO ESTA FORMA _____

SU RELACIÓN CON ESTE NIÑO _____

Cualidades del niño e Intereses _____

¿En que es bueno su hijo y a que le gusta jugar? _____

¿Qué le gusta a su hijo? _____

¿Qué no le gusta a su hijo? _____

Información Personal de Padres _____

Nombre de la Madre _____ ¿Madrstra? No Sí

Idioma(s) hablados (primario(s)) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono celular _____ Teléfono del trabajo _____ Dirección de correo electrónico _____

Ocupación _____ Empleador _____

¿Cuánto tiempo con el empleador actual? _____ Grado más alto completado _____

Nombre del Padre _____ ¿Padrastro? No Sí

Idioma(s) hablados (primario(s)) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono celular _____ Teléfono del trabajo _____ Dirección de correo electrónico _____

Ocupación _____ Empleador _____

¿Cuánto tiempo con el empleador actual? _____ Grado más alto completado _____

Otro padre con custodia (si corresponde) _____

Idioma(s) hablados (primario(s)) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono celular _____ Teléfono del trabajo _____ Dirección de correo electrónico _____

Ocupación _____ Empleador _____

¿Cuánto tiempo con el empleador actual? _____ Grado más alto completado _____

Historial familiar

Enumere a todas las personas que viven en el hogar (incluidos abuelos, tías, etc.) y otros hermanos que no están en el hogar:

Nombre	Edad	Relación con el estudiante	Escuela actual y grado, o grado más alto completado	Sí es un hermano, ¿están en esta casa la mayor parte o todo el tiempo?	Idioma (s) hablado (s)
				Sí No	
				Sí No	
				Sí No	
				Sí No	
				Sí No	

¿Ha experimentado este niño alguna vez alguna separación, mudanza, divorcio, muerte de familiares cercanos, otras experiencias traumáticas u otros cambios importantes en la vida? NO SÍ

- En caso afirmativo, ¿cuándo (mes / año (s))? _____
- ¿Qué edad tenía este niño en ese momento? _____
- Describa las circunstancias. _____

Si los padres están separados o divorciados, ¿quién tiene la custodia física de este niño? _____

- ¿Existe un acuerdo de custodia compartida entre los padres? NO SÍ
- ¿Con qué frecuencia el otro padre ve a este niño? _____
- ¿Qué padre tiene derecho a tomar decisiones educativas? _____

Marque la casilla correspondiente si algún miembro biológico cercano de la familia tiene una condición que se enumera a continuación. En caso afirmativo, indique la relación de la persona con el menor en el espacio en blanco, cuadro a la derecha.

cheque <input type="checkbox"/>		cheque <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	<input type="checkbox"/>	Dificultades de aprendizaje en la escuela
<input type="checkbox"/>	Autismo	<input type="checkbox"/>	Depresión / Ansiedad
<input type="checkbox"/>	Retrasos de desarrollo	<input type="checkbox"/>	manejo de temperamento
<input type="checkbox"/>	Problemas del habla o del lenguaje	<input type="checkbox"/>	Abuso de alcohol y / o drogas
<input type="checkbox"/>	Otros trastornos psicológicos	<input type="checkbox"/>	Otros trastornos que afectan la educación

Marque otras agencias involucradas en la vida de su hijo.

- | | |
|--------------------------------|-----------------|
| Servicios Sociales | Contacto: _____ |
| Centennial Mental Health | Contacto: _____ |
| Servicios del Este de Colorado | Contacto: _____ |
| Hospital de Niños | Contacto: _____ |
| Otras | Contacto: _____ |

Por favor liste de todas las intervenciones de tratamiento pasadas / presentes (habla y del lenguaje, la psicología, Terapia ABA, terapia ocupacional, fisioterapia, etc.) para este niño.

Cuidado de niños / Historia preescolar _____

Si los cuidadores primarios trabajan fuera del hogar, responda las siguientes dos preguntas.

¿Cuántas horas al día está este niño en un entorno de cuidado infantil? _____

¿Cuántas personas diferentes cuidan a este niño? _____ Por favor explique _____

¿Asiste o asistió este niño al preescolar? ___ NO ___ SÍ ¿A qué edad comenzaron? _____

<u>nombre de la escuela</u>	<u>Ubicación</u>	<u>Edad (s) atendidos</u>	<u>Horas por día</u>	<u>Días por semana</u>	<u>Idioma de instrucción</u>

¿Algún problema en la escuela o guardería? ___ NO ___ SÍ

En caso afirmativo, explique _____

¿A su hijo le gusta ir a la escuela / guardería? _____ Si no, describa los comportamientos exhibidos y cuándo. _____

Indique la cantidad (tiempo) y los tipos de exposición a las actividades de tipo preescolar en el hogar por día. _____

¿Su hijo se destaca en ciertas áreas de habilidades académicas? _____ En caso afirmativo, explique qué áreas. _____

¿Cuáles son sus preocupaciones sobre el rendimiento escolar de su hijo? _____

¿Cuándo comenzaron estas preocupaciones? _____ ¿Hubo un evento desencadenante? _____

Relaciones sociales _____

¿Cómo se lleva su hijo con su hermano (s) y / o hermana (s)? _____

¿Cómo se lleva su hijo con los padres? profesores? otros adultos _____

Obediente generalmente NO SÍ

Pelea frecuentemente con compañeros de juego / compañeros NO SÍ

Prefiere jugar con niños más pequeños NO SÍ

Tiene dificultades para hacer amigos NO SÍ

Prefiere jugar solo o estar solo NO SÍ

¿Qué papel toma este niño en los juegos grupales o en las interacciones sociales (por ejemplo, pasivo, líder, seguidor, agresor, etc.)? _____

Preocupaciones de comportamiento social y emocional _____

¿Alguna de estas conductas describe a su hijo?

Demuestra berrinches excesivos NO SÍ

Cuando está emocionado tiene dificultades para calmarse NO SÍ

No presta mucha atención para su edad NO SÍ

Tiene dificultades para comenzar una tarea o cambiarse a otra tarea NO SÍ

Tiene dificultades para detenerse cuando se le dice NO SÍ

Parece infeliz la mayoría de las veces	NO	SÍ
Retiene el afecto	NO	SÍ
Requiere mucha atención de los padres / adultos	NO	SÍ
Tiene miedos excesivos	NO	SÍ
Tiene dificultades para reconocer las emociones de otras personas (es decir, sonrisa significa feliz, ceño fruncido significa enojo)	NO	SÍ
Es sensible a los sonidos, el gusto o ¿toque?	NO	SÍ
En caso afirmativo en cualquiera de los comportamientos anteriores, describa _____		

Preocupaciones del habla y / o lenguaje _____

¿Tiene inquietudes acerca de su hijo? ¿del habla?	NO	SÍ
¿Su hijo adquirió lenguaje antes de los 3 años?	NO	SÍ
¿Qué tan bien entienden los demás a su hijo? _____		
¿A menudo tiene que explicar a los demás lo que dice su hijo? ¿Si es así, cómo? _____		
¿Usa su hijo oraciones que tienen sentido?	NO	SÍ
¿Responde su hijo a preguntas simples?	NO	SÍ
¿Su hijo hace contacto visual contigo y con los demás?	NO	SÍ
¿Le gusta a su hijo hacer reír a los miembros de la familia (hace caras tontas o ruidos)?	NO	SÍ
¿Su hijo está expuesto frecuentemente a más de un idioma?	NO	SÍ
<ul style="list-style-type: none"> • En caso afirmativo, ¿qué idioma (s)? _____ • ¿Qué idioma aprendió primero (primario)? _____ • ¿Qué edad tenía cuando estuvo expuesto al segundo idioma? _____ • ¿Qué idioma (s) usa su hijo con la familia? _____ • ¿Idioma utilizado con amigos? _____ 		

Primera infancia adaptativa / hitos del desarrollo _____

Muy exigente y temperamental como un bebé	NO	SÍ
Diagnosticado con retraso en el desarrollo?	NO	SÍ
Tenía hábitos de sueño irregulares (se despertaba a menudo: hablaba dormido)	NO	SÍ
¿Las situaciones nuevas o poco frecuentes provocaron berrinches (días festivos, visitas a familiares, horarios de alimentación inusuales)	NO	SÍ
¿Se meció y golpeó la cuna?	NO	SÍ
¿Tuvo dificultades excesivas para separarse de los padres después de los 3?	NO	SÍ

Marque al lado de la habilidad si su hijo mostró la habilidad dentro de la línea de tiempo normal de desarrollo.

cheque	cheque	cheque
Se dio la vuelta		Se sentó de forma independiente
Camino solo(a)		Sube y baja escaleras
Se alimentó sólo (a)		se viste a sí mismo (a)
Entiende sí y no		Dijo "mamá" "dada" con significado
Se disculpa		busca a otros para jugar
conto numeros		hojea / lee libros
		Gateo
		entrenado (a) para el baño
		se prepara solo (a)
		Habla en oraciones -4 palabras o más
		Juega con otros
		usa un lápiz

¿Hubo alguna pérdida de estas habilidades en algún momento? En caso afirmativo, explíquelo por favor. _____

Historial Médico

Historial médico familiar

Marque sí o no si algún miembro biológico de la familia tiene alguna de las condiciones enumeradas a continuación. En caso afirmativo, indique la relación de la persona con el niño.

Sí	No	condición médica	Relación de		Sí	No	condición médica	Relación de
		Cáncer					Diabetes	
		Enfermedad cardíaca					Presión arterial alta	
		Enfermedad en Riñones					Dolores de cabeza	
		Trastornos					Distrofia muscular	
		Síndrome de Tourette					Trastorno genético	
		Convulsiones / Epilepsia					Otro:	

Embarazo

¿La madre del niño recibió atención prenatal? Sí No
Si es así, ¿cuándo? Principio Medio Fin

¿Hubo algún problema médico experimentado durante este embarazo? Sí No
en caso afirmativo, explique _____

¿La madre usó marihuana o alcohol antes o durante el embarazo? Sí No
En caso afirmativo, explique: _____

¿La madre usó alguna droga (recetada o no) antes o durante el embarazo? Sí No

¿Cuánto tiempo duró el embarazo en semanas? _____ semanas

Nacimiento

¿Cómo nació el niño? (Marque uno:)

___ Parto normal

___ por cesárea

___ Parto por cesárea de emergencia

¿Cuál fue el peso al nacer: _____ lbs _____ oz

Sí No

¿Hubo algún problema durante el parto?		Explique:
¿Su hijo tenía ictericia (color amarillo de la piel)?		Explique:
¿Su hijo requirió luces de bilirrubina?		¿Por cuanto tiempo?
¿Tu hijo tuvo algún problema respiratorio?		Explique:
¿Su hijo requirió oxígeno suplementario?		¿Por cuanto tiempo?
¿Su hijo tuvo un examen de audición para recién nacidos?		Resultados:

Estado médico actual

¿Su hijo está cubierto por:

Medicaid?

Child Health Plan Plus (CHP +)

Seguro privado

Sin seguro de salud

En el último año, la salud de mi hijo ha sido:

Excelente

Buena

Regular

Mala

¿Cuántos días escolares ha perdido su hijo? a enfermedad en el último año: _____

Sí No

¿su hijo(a) recibe chequeos de médicos con frecuencia?			Médico de familia del niño:
¿Ha tenido su hijo algún accidente o lesión importante?			Explique:
¿Le han diagnosticado a su hijo algún problema médico? (Ejemplos: asma, diabetes, convulsiones, etc.)			Explique:
¿Le han diagnosticado a su hijo alguna condición psicológica? (Ejemplos: ansiedad, depresión, TDAH, etc.)			Explique
¿Ha tenido su hijo alguna enfermedad grave, hospitalización o cirugía?			Explique:
¿Su hijo recibe atención dental?			Dentista del niño:
¿Tiene alguna inquietud dental para su hijo?			Explique:
¿Alguna vez le han diagnosticado bajo peso a su hijo?			Explique:
¿Alguna vez le han diagnosticado sobrepeso a su hijo?			Explique:
¿Su hijo es alérgico a algún medicamento?			Explique y describa la reacción:
¿Es su hijo alérgico a algún alimento?			Explique y describa la reacción:
¿Requiere su hijo el uso de Benadryl o Epinefrina para alguna alergia?			Explique y describa la reacción:
¿Su hijo recibe exámenes oculares de rutina?			Médico:
¿Tiene su hijo algún problema ocular pasado o presente?			Explique:
¿Usa su hijo lentes de contacto o anteojos?			Fecha del examen más reciente:
¿Hay alguien en la familia con pérdida auditiva? (no por el envejecimiento)			Explique:
¿Le han diagnosticado problemas de audición a su hijo?			Explique:
¿Tiene alguna inquietud auditiva para su hijo?			Explique
¿Tiene su hijo infecciones de oído? ¿Tuvieron infecciones de oído cuando era niño?			Edad de primero? Cuántas por año?
¿Su hijo requirió la colocación del tubo auditivo?			Cuándo se insertaron? ¿Tenían que ser reemplazados?
¿Ha tenido su hijo alguna vez una prueba o evaluación de audición?			Cuando? ¿Con quien? Resultados?
¿Está su hijo actualmente tomando medicamento de rutina?			¿Quién es el médico que receta?

Enumere y responda lo siguiente acerca de los medicamentos:

medicación	Dosis	veces administradas?	¿Prescrito, porque?	¿Cuándo comenzó a tomarlo?	¿Mejora desde que toma?	¿Efectos secundarios notados?

¡Muchas gracias por el tiempo y esfuerzo en completar este formulario!

Firma de la persona que completa este formulario

Fecha