

Registro para la evaluación de la niñez temprana

INFORMACIÓN GENERAL E INSTRUCCIONES: La página uno del formulario de inscripción debe ser completada por el padre/guardián del niño. La página dos es completada solamente por el personal del distrito escolar. Por favor usar letra de imprenta o completar electrónicamente.

Nombre Legal del Niño: (Nombre, Segundo nombre, Apellido): _____

Apodo del niño u otro nombre (Nombre, Segundo nombre, Apellido): _____

Fecha de Nacimiento del niño: _____ **Sexo:** Masculino _____ Femenino _____

Padre/tutor: _____ **Teléfono:** _____ **Apartado aéreo P.O. Box:** _____

Dirección: _____

City: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Padre/tutor: _____ **Teléfono** _____ **Apartado aéreo P.O. Box:** _____

Dirección: _____

City: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Raza/Etnia (Elige SOLO uno)

_____ 1 - Indio americano

_____ 4 - Negro, no de origen hispano

_____ 2 - Asiático o isleño del Pacífico

_____ 5 - Blanco, no de origen hispano

_____ 3 - Hispano/Latino

Complete las preguntas federales de raza/etnia a continuación. Puede elegir más de una respuesta en la Parte B. Consulte la parte superior de la página dos para obtener detalles sobre cómo completar esta sección.

***Parte A – ¿Es este niño Hispano/Latino?** (Marque UNO)

_____ NO, no es Hispano/Latino

_____ SÍ, Hispano/Latino

***Parte B – ¿Cuál es la raza del niño?** (Marque todas las que correspondan)

_____ Indio Americano/Nativo de Alaska

_____ Asiático

_____ Negro/Afroamericano

_____ Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico

_____ Blanco

INFORMACIÓN DEL IDIOMA PRIMARIO/SECUNDARIO

¿Qué idioma aprendió primero su hijo? _____ Inglés Otro (especifique) _____

¿Qué idioma se habla con mayor frecuencia en su hogar? _____ Inglés Otro (especifique) _____

¿Qué idioma habla habitualmente su hijo(a)? _____ Inglés Otro (especifique) _____

INFORMACIÓN PREVIA ACERCA DE EXÁMENES DE SALUD Y DESARROLLO

¿ Ha recibido su hijo(a) un examen completo de salud y desarrollo como niño de preescolar (de 3 a 5 años de edad)?

_____ SÍ _____ NO En caso afirmativo, fechas del examen: _____ Ubicación: _____

¿Alguna vez su hijo ha sido evaluado para educación especial o ha recibido servicios de educación especial a través de un Programa de Educación Individual (IEP) o Plan Familiar de Educación Individual (IFSP)?

_____ SÍ _____ NO

VERIFICACIÓN DE INFORMACIÓN DE PADRES/TUTORES

Por la presente, verifico que la información anterior es verdadera y actual a mi leal saber y entender.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Instrucciones y definiciones para las preguntas de raza y etnicidad de las Partes A y B.

La pregunta para la Parte A es acerca de la etnia, no de la raza. Independientemente de lo que se seleccione en la Parte A, el padre continuará respondiendo la pregunta en la Parte B indicando la raza del niño marcando uno o más casillas.

Indio Americano o Nativo de Alaska – Persona que tiene orígenes por parte de cualquier persona original de América del Norte y del Sur (incluida Centroamérica), y que mantiene afiliación tribal o apego a la comunidad.

Asiático – Persona que tiene orígenes de cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, el sudeste asiático o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Filipinas, Tailandia y Vietnam.

Negro o afroamericano – Persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.

Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico – Persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

Blanco – Persona que tiene orígenes de cualquiera de los pueblos originales de Europa, Medio Oriente o del Norte de África.

Hispano/Latino – Una persona de origen Cubano, Mejicano, Puertoriqueno, de América del Sur o Centroamérica, u otra cultura de origen español, sin importa la raza.

TO BE COMPLETED BY SCHOOL DISTRICT PERSONNEL ONLY

Screening District Number and Type: _____

Screening Date: _____ Screening District Name: _____

Child's Resident District Name: _____

Resident Screening District Number and Type: _____

MARSS ID Number: _____

Check type of screening child received – STATE AID CATEGORY (SAC)

(To be completed by the Early Childhood Screening Coordinator)

___ 41 - Screening by District

___ 44 - Private Provider

___ 42 - Child and Teen Checkups/EPSTD

___ 43 - Head Start

___ 45 - Conscientious Objector, no screening

Check the **Primary** type of referral following the early childhood health and developmental screening using STATUS END CODES (SEC). Only one box may be checked. Must have a valid SEC for – STATE AID CATEGORY (SAC) 41. If unsure of referral status for SAC 42-44, use "no referral" SEC 60. **(To be completed by the Early Childhood Screening Coordinator.)**

Status End Codes:

___ 60 No referral

___ 64 Referral to early childhood programs*

___ 61 Referral to special education

*(*School Readiness, Head Start, Early Childhood Family Education, family literacy)*

___ 62 Referral to health care provider

___ 65 Referral, parent declined

___ 63 Referral to special education AND health care provider

SCHOOL DISTRICT VERIFICATION OF INFORMATION

I hereby verify that the above information is true and current to the best of my knowledge.

School District Early Childhood Screening Coordinator Signature

Date

Consentimiento para la evaluación de la niñez temprana

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Sólo para uso de la oficina - For office use only)
MARSS other ID: _____ Nombre(s) del Padre(s)/Tutor(res): _____

Los exámenes de desarrollo de la niñez temprana ayudan a un distrito escolar a identificar a los niños que pueden beneficiarse de los recursos disponibles del distrito y la comunidad para ayudarles en su desarrollo. El examen de desarrollo de la niñez temprana incluye un examen de la vista que ayuda a detectar posibles problemas oculares, pero no es un sustituto de un examen ocular exhaustivo. Este examen no reemplaza la atención continua de su proveedor de atención médica o dentista.

A. Este examen incluye:

- Revisión del registro de vacunas de su hijo
- Revisión del crecimiento de su hijo, como altura y peso
- Pruebas para posibles problemas auditivos
- Pruebas para la salud ocular, incluyendo que tan bien que su hijo puede ver
- Revisión de cualquier otro factor que pueda interferir con la salud, crecimiento, desarrollo o aprendizaje de su hijo
- Revisión del desarrollo de su hijo
- Su reporte del crecimiento y aprendizaje de su hijo
- Información sobre atención médica y seguro de salud de su hijo
- Información sobre los recursos y programas comunitarios basados en las necesidades de su hijo o familia

B. Si este examen es un Chequeo de para niños y adolescentes (Child and Teen Checkup), Head Start u otro examen equivalente, también puede incluir:

- Revisión de salud actual y del pasado de su hijo o de otro miembro de la familia
- Revisión del pulso, la respiración y la presión arterial de su hijo
- Examen físico sin ropa de la piel, cabeza, ojos, oídos, nariz, garganta, boca, cuello, pecho, corazón, pulmones, abdomen, genitales, brazos, piernas, columna vertebral y músculos de su hijo
- Revisión de los dientes, encías y la boca de su hijo
- Prueba de exposición a la tuberculosis
- Prueba de orina para detectar posibles problemas
- Análisis de sangre para la anemia
- Análisis de sangre para el plomo
- Otros

Derechos, Obligaciones y Garantías de los Niños y Padres

1. Las normas para el examen son las mismas para todos los niños, independientemente de su raza, ingresos, creencias, sexo, nacionalidad o creencias políticas.
2. Se requiere de esta evaluación para que su hijo ingrese al kindergarten o al primer grado de la escuela pública. Usted también puede cumplir con este requisito si su hijo ha recibido un examen en el último año a través de Head Start, Chequeos para niños y adolescentes o una evaluación de desarrollo equivalente a través de otro proveedor de salud que incluya todos los componentes requeridos de la niñez temprana. Usted o su proveedor, necesitarán dar un resumen de los resultados de dicho equivalente al distrito escolar de su hijo.
3. No se requiere el examen para que su hijo ingrese al kindergarten o al primer grado si usted es un objetor consiente del examen. Deberá proporcionar una declaración por escrito al distrito escolar de su hijo que documente su estatus de objetor consiente.
4. Usted tiene el derecho de negarse a contestar preguntas o proporcionar información y aún así recibir el resto de los componentes requeridos del examen.
5. Usted tiene el derecho de rechazar la remisión para el examen, diagnóstico y posible tratamiento para su hijo.
6. La elegibilidad de asistencia médica de su hijo o elegibilidad en cualquier otro programa de salud, educación o servicio social no se verá afectada si usted rechaza este examen o cualquier parte de este examen.

Doy permiso para el Examen marcado a continuación de Salud y de Desarrollo del Niño para:

Nombre del niño: _____

Marque una:

_____ Examen completo como se describe arriba en A y B

_____ La evaluación descrita anteriormente, excepto: _____

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____ Parentesco con el niño _____

Divulgación de información para los Exámenes de la Niñez Temprana

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

(Sólo para uso de la oficina - For office use only)

MARSS other ID: _____ Nombre(s) del Padre(s)/Tutor(res): _____

_____ (Esta organización) utiliza la información de la Salud Infantil y la Evaluación del Desarrollo para identificar cualquier posible problema que pueda interferir con la salud, crecimiento, desarrollo o aprendizaje de su hijo. Bajo la ley de Minnesota, los resultados del examen se clasifican como datos privados. Esto significa que los resultados no pueden ser divulgados o discutidos con nadie sin su consentimiento. Si usted se niega a divulgar esta información, no afectará la elegibilidad de su hijo para asistencia médica o cualquier otro programa de salud, educación o servicio social. Un resumen de información puede ser compartido sin consentimiento acerca de los grupos de niños que no incluyen información individual.

La información del examen de su hijo puede ser utilizada para los siguientes propósitos:

1. Para obtener servicios de seguimiento para su hijo después del examen, si decide participar.
2. Para programar una evaluación más comprensiva o una evaluación adicional de la salud, crecimiento, desarrollo o aprendizaje para su hijo si decide participar.
3. Para cumplir con los requisitos para la entrada de su hijo a la escuela pública o en los programas de Becas de Aprendizaje Temprano, Preparación para la Escuela o Pre-Kindergarten Voluntario.
4. Para evaluar los programas de Exámenes por parte de los Departamentos de Educación, Salud y Servicios Humanos de Minnesota. El nombre de su hijo no será identificado en ningún resultado de la evaluación.
5. Para desarrollar programas educativos apropiados con el fin de satisfacer las necesidades de los estudiantes y diseñar programas apropiados de educación de salud para el distrito.
6. Para planear programas para la niñez temprana y la entrada a la escuela.
7. Para proporcionar acceso y rendición de cuentas de los fondos del gobierno pagados al distrito escolar local, para proveer los servicios requeridos de los exámenes de la niñez temprana.

Su firma indica que ha leído, entendido y está de acuerdo en que la información se puede utilizar como se mencionó anteriormente.

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Por la presente, autorizo la divulgación de la información de los exámenes de mi hijo a los siguientes programas o servicios con los fines de evaluación, examen, diagnóstico, seguimiento y/o programación. (Favor de proveer nombres y direcciones donde estén disponibles).

Marque las personas/agencias las cuales usted desea que reciban información del examen de su hijo.

☐ Proveedor de guardería _____
☐ Dentista (Nombre) _____
☐ Educación Familiar de la Niñez Temprana (Early Childhood Family Education - ECFE) _____
☐ Educación Especial de la Niñez Temprana (Early Childhood Special Education) _____
☐ Programa Follow Along _____
☐ Head Start (Nombre) _____
☐ Proveedor de atención médica (clínica médica) _____
☐ Comité de Inter-Agencias de Intervención Temprana
(Interagency Early Intervention Committee - IEIC) _____
☐ Agencia de Salud Mental _____
☐ Agencia de Salud Pública (WIC) _____
☐ Distrito Escolar (Nombre) _____
☐ Preparación escolar (School Readiness) _____
☐ Otros (programas específicos de la región) _____

_____ **Entiendo la información**

_____ **Autorizo la divulgación de información**

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____ Parentesco con el niño: _____

HISTORIAL DE SALUD Y DESARROLLO DEL NIÑO (DE 3 A 6 AÑOS DE EDAD)

Nombre del niño: _____ ☐ M ☐ F Fecha de nacimiento: _____ Edad _____

(For office use only)

MARSS other ID: _____ Idiomas que se hablan en el hogar: _____

Nombre(s) del padre o tutor: _____

Persona que llena el formulario: _____ Fecha: _____

¿Con qué frecuencia visita su hijo a un médico o enfermera? _____

Fecha de la última visita de bienestar del niño: _____

¿Con qué frecuencia visita su hijo a un dentista? _____ Fecha del último examen dental: _____

Fecha del examen completo de la vista (ojos) más reciente de su hijo, si ha recibido uno: _____

El examen completo de la vista lo realiza un optómetra o un oftalmólogo.

¿Tiene su hijo seguro de salud? ☐ Sí ☐ No ☐ Solicitó

Marque las casillas que usted o su hijo usan, si corresponde:

☐ Educación de Niñez Temprana de la Familia

☐ Chequeos para Niños y Adolescentes

☐ Guardería de niños

☐ Educación Especial de Niñez Temprana

☐ Pre-kindergarten en la escuela

☐ Cuidado por la familia o vecino

☐ Programa Follow Along

☐ Pre-escuela privada

☐ Biblioteca

☐ Educación de los Padres

☐ Head Start

☐ WIC

☐ Programas de Parques y Recreación

☐ Cuidado de padres sustitutos

☐ Despensa o banco de alimentos

SALUD

Marque todas las preocupaciones que aplican a su hijo y describa:

- ☐ Alergias: ☐ alimentos ☐ medicamentos ☐ animales/insectos ☐ polvo/moho ☐ de temporada
- ☐ Toma medicamentos, hierbas y/o vitaminas: _____
- ☐ Visitas a especialistas de salud, estadías en el hospital y/o cirugías: _____
- ☐ Lesiones y enfermedades graves, visitas a la Sala de Emergencia. Motivo y fecha: _____
- ☐ Lesiones en la cabeza (¿pérdida del conocimiento?) _____
- ☐ Envenenamiento por plomo, nivel si se conoce: _____
- ☐ Dificultad para respirar, tos o asma: _____
- ☐ Problemas o erupciones de la piel: _____
- ☐ Ataques súbitos o convulsiones, o episodios de mirada fija: _____
- ☐ Problemas de la vista o usa anteojos: _____
- ☐ Tubos de ecualización de presión (PE) o problemas de audición: _____
- ☐ Dientes: una o más caries: _____
- ☐ Alimentación, problemas gástricos o estreñimiento: _____
- ☐ Preocupaciones respecto a salud mental, tales como ansiedad, depresión o problemas de atención? _____
- ☐ Adoptado, si la respuesta es sí, a qué edad: _____
- ☐ ¿Problemas durante el embarazo o el parto? _____
- ☐ Nació tres semanas más tarde o más temprano _____ No. de semanas al nacer.
Peso del niño al nacer: _____
- ☐ Después de nacer, se quedó en el hospital más tiempo que la madre, razón: _____
- ☐ ¿Es posible que antes de saber que estaba embarazada usted usó medicamentos, alcohol, cigarrillos o drogas callejeras? _____
- ☐ Indique cualquier otra preocupación: _____
- _____

Indique cualquier problema de salud de la familia (los padres o hermanos del niño):

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Problemas de atención | ☐ Problemas de la vista | ☐ Diabetes |
| ☐ Alergia | ☐ Problemas de aprendizaje | ☐ Problemas de crecimiento |
| ☐ Asma | ☐ Trastornos de salud mental | ☐ Epilepsia/convulsiones |
| ☐ Sordera/problemas de audición | ☐ Anemia falciforme o rasgo | ☐ Otros problemas de salud |

RUTINA DIARIA DEL NIÑO

- ☐ Se acuesta a dormir a las _____ p.m. Se despierta a las _____ a.m.
- ☐ Hace ejercicios durante 60 minutos o más al día
- ☐ Tiene dificultad para dormirse o mantenerse dormido
- ☐ NO puede hacer o NO hace ejercicios durante 60 minutos al día
- ☐ Toma una siesta: de _____ a _____
- ☐ Tiempo que pasa mirando la TV o en juegos de video: __horas al día

Cada día come algunos alimentos de los grupos de alimentos:

- ☐ 5 a 9 porciones de frutas y verduras: naranjas, manzanas, bananas, mangos, bayas y fresas, espinaca, maíz, chícharos
- ☐ 3 porciones de alimentos con alto contenido de calcio: leche, queso, yogur, leche de soya, tofu
- ☐ 2 o 3 porciones de alimentos con alto contenido de hierro: pescado, aves, carne, frijoles, legumbres y huevos
- ☐ 3 o más porciones de granos integrales: pan integral, cereales, arroz integral, tortillas, galletas o pasta
- ☐ Más de una porción de dulces, jugos de frutas o comida sin valor nutritivo cada día

En los últimos 12 meses, nos preocupamos de que se nos acabara la comida antes de que pudiéramos comprar más ☐ sí ☐ no

En los últimos 12 meses, la comida que compramos se nos acabó y no teníamos dinero para comprar más ☐ sí ☐ no

SEGURIDAD EN EL HOGAR

Situación actual respecto a la vivienda:

☐ alquilamos o dueños de casa ☐ vivimos con amigos o familiares ☐ hotel o motel

☐ albergue de emergencia/vivienda de transición

¿Vive o juega su hijo en una casa o edificio construido antes de: ☐ 1978 ☐ remodelado en los últimos 5 años?

Alguien en la casa o que cuida a su hijo: ☐ usa tabaco o fuma ☐ usa alcohol ☐ tiene un arma de fuego

Le preocupa que su hijo esté expuesto a: ☐ violencia ☐ drogas callejeras ☐ condiciones inseguras

Usa o tiene usted y/o su hijo lo siguiente:

☐ asientos de auto ☐ cascos de bicicletas ☐ detector de humo ☐ detector de monóxido de carbón

APRENDIZAJE

☐ Mi hijo aprendió a hacer las cosas a la misma edad que otros niños (sentarse, pararse, caminar, usar el inodoro, etc.)

Si no, explique: _____

Mi hijo necesita ayuda con: ☐ usar el inodoro ☐ actividad/movilidad ☐ vestirse ☐ nutrición/comer

Otro: _____

Marque cualquiera de los siguientes:

☐ Dice los números del 1 al 10

☐ Entiende a otras personas

☐ Tiene dificultad para hablar o es difícil entenderlo

☐ Puede seguir instrucciones

☐ Tiene dificultad para que otros lo entiendan

☐ Juega de diversas maneras

☐ Parece torpe al usar las manos

☐ Camina o corre con torpeza (se cae)