

# Evaluación de Salud y Desarrollo de la Primera Infancia

Lleve una copia del certificado de nacimiento de su hijo a la evaluación de primera infancia.

(Se requiere antes de la admisión a la escuela)

Estimado padre/tutor:

Para ayudar a asegurar el éxito en la escuela, el Estado de Minnesota requiere que todos los niños que ingresan a la escuela pública sean evaluados antes de entrar al kínder (o antes de entrar al primer grado, si su hijo no asistió al kínder). La ley exhorta a los padres/tutores a que sometan a su hijo a tomar la prueba antes de que cumpla cuatro años. La evaluación puede ser llevada a cabo por el Distrito 196, otro distrito escolar o por un proveedor de atención médica u organización pública o privada. No es necesario que su hijo sea evaluado por el Distrito 196 si ha recibido una evaluación comparable por otro proveedor u organización dentro del año anterior y esos expedientes son enviados al Distrito 196 a más tardar 30 días después de que su hijo asista por primera vez a la escuela pública.

Para asegurar que su hijo sea evaluado, el Distrito 196 ha programado una cita para usted. Por favor, llámenos si no desea asistir a esta cita o si desea reprogramarla. **Todos los niños que residen en el distrito son bienvenidos a participar en la evaluación, incluso si asistirán a una escuela privada.** No se cobra por los exámenes de detección temprana de la infancia.

La evaluación de Primera Infancia es una revisión y chequeo cuidadoso de la salud, el bienestar y el desarrollo de su hijo. Los padres y los profesionales identifican juntos los aspectos fuertes y las áreas que pueden requerir atención especial antes de que su hijo entre a la escuela. Los examinadores no recomendarán si su hijo está listo para el kínder. Al final de la evaluación, una persona del personal llevará a cabo una entrevista de resumen y responderá a cualquier pregunta que usted tenga con respecto a la salud o el desarrollo de su hijo. Usted tendrá la oportunidad de permanecer con su hijo en todo momento y recibirá una copia de los resultados de la evaluación. Toda la información permanecerá privada. **El proceso de evaluación dura aproximadamente 60 minutos.**

Hemos programado la siguiente cita para que su hijo asista a la evaluación del distrito. Por favor llame para hacer una nueva cita si este horario no funciona para usted o si su hijo ya ha sido evaluado.

*Día*

*Fecha*

*Hora*

*Lugar*

**Independent School District 196 - District Service Center  
14301 Diamond Path West, Apple Valley, MN 55124 (mire el mapa)**

Para cancelar o cambiar su cita, comuníquese con la Oficina de Evaluación de la Primera Infancia al **651-423-7899** o **ecscreening@district196.org** Por favor, cambie la fecha de su cita si su hijo tiene una enfermedad contagiosa como varicela, conjuntivitis, estreptococo, impétigo, etc.

**Le sugerimos que no traiga a otros niños con usted a la cita para la evaluación.**

NOTA A LOS PADRES: Por favor complete el resto de este formulario y llévelo con usted a la cita de su hijo. La información nos ayudará a proporcionarle a su hijo una evaluación comprensiva de salud y desarrollo. Completar de este formulario es opcional. También puede rehusarse a responder preguntas y/o proporcionar información sobre circunstancias familiares que puedan afectar el desarrollo y la identificación de los factores de riesgo que pueden influir en el aprendizaje. Negarse a contestar estas preguntas o a proporcionar cierta información no impedirá que su hijo se pueda inscribir en la escuela si se cumplen todos los demás requisitos de la evaluación. La información proporcionada en este formulario y durante la evaluación, será utilizada para propósitos de evaluación por los empleados y agentes del Distrito 196 que tengan responsabilidades relacionadas con este programa. También podría ser compartida con el Departamento de Educación, o según lo autorice la ley. Usted no está obligado a proporcionar la información solicitada, sin embargo, su decisión puede impedir que el distrito complete la evaluación. La evaluación de edad temprana no sustituye la atención médica continua con su médico de familia, dentista u otros proveedores de atención médica.

# INFORMACION FAMILIAR Y GENERAL

Persona llenando el formulario \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Niño/a \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Home # ( ) \_\_\_\_\_

1<sup>er</sup> Jefe de Familia \_\_\_\_\_ Parentesco con el niño  biológica  adoptiva  
 padrastro/madrastra  custodia legal

Empleo \_\_\_\_\_ # de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

2<sup>do</sup> Jefe de Familia \_\_\_\_\_ Parentesco con el niño  biológica  adoptiva  
 padrastro/madrastra  custodia legal

Empleo \_\_\_\_\_ # de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Idioma(s) hablado(s) en el hogar (1) \_\_\_\_\_ (2) \_\_\_\_\_ (3) \_\_\_\_\_

Para padres con hijos adoptados (Los factores biológicos y genéticos pueden contribuir al desarrollo. En un examen exhaustivo es importante tomar en consideración la información biológica si se detectan problemas.)

Edad del niño al ser adoptado \_\_\_\_\_  Nacido en U.S  Nacido en el extranjero (especifique) \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha estado su hijo en los Estados Unidos? \_\_\_\_

Por favor, añade comentarios que puedan ser de ayuda. \_\_\_\_\_

Familiares (adultos y niños) y otras personas que vivan en el mismo hogar.

Nombre	Parentesco con el niño	Edad

**Por favor marque las casillas a continuación si tiene preocupaciones o preguntas acerca de su hijo(a) en:**

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Crecimiento                | <input type="checkbox"/> Ojos/visión     | <input type="checkbox"/> Dientes            | <input type="checkbox"/> Piel/hematomas/erupciones     |
| <input type="checkbox"/> Alergias                   | <input type="checkbox"/> Usa lentes      | <input type="checkbox"/> Respiración/tos    | <input type="checkbox"/> Habilidades sociales/amigos   |
| <input type="checkbox"/> Ir al baño                 | <input type="checkbox"/> Orejas/Audición | <input type="checkbox"/> Estomago           | <input type="checkbox"/> Aprender                      |
| <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza          | <input type="checkbox"/> Boca            | <input type="checkbox"/> Caminar/Equilibrio | <input type="checkbox"/> Comportamiento                |
| <input type="checkbox"/> Hábitos de Sueño           | <input type="checkbox"/> Nariz           | <input type="checkbox"/> Hablar             | <input type="checkbox"/> Sentimientos/Estados de animo |
| <input type="checkbox"/> Hábitos Alimenticios/dieta | <input type="checkbox"/> Convulsiones    | <input type="checkbox"/> Nivel de actividad | <input type="checkbox"/> Otro _____                    |

NOTAS: \_\_\_\_\_

¿Tiene seguro médico?  Si  No

NOTAS: \_\_\_\_\_

Fecha de la ultima visita al: doctor \_\_\_\_\_ dentista \_\_\_\_\_ Otro especialista de la salud \_\_\_\_\_ Oftalmólogo \_\_\_\_\_

Enfermedades serias \_\_\_\_\_

Estadía en hospital/cirugías \_\_\_\_\_

Tipo de Vacuna (mes, día & año de cada vacuna)	1 <sup>era</sup> Dosis	2 <sup>da</sup> Dosis	3 <sup>era</sup> Dosis	4 <sup>a</sup> Dosis	5 <sup>a</sup> Dosis
Difteria, tétanos, tos ferina (DTaP/DTP)	m/d/a/año	m/d/a/año	m/d/a/año	m/d/a/año	m/d/a/año
Polio (IPV)	m/d/a/año	m/d/a/año	m/d/a/año	m/d/a/año	m/d/a/año
Haemophilus influenza tipo B (Hib)	m/d/a/año	m/d/a/año	m/d/a/año	m/d/a/año	
Hepatitis B	m/d/a/año	m/d/a/año	m/d/a/año		
Hepatitis A	m/d/a/año	m/d/a/año			
Sarampión, paperas y rubeola (MMR)	m/d/a/año	m/d/a/año			
Varicela	m/d/a/año	m/d/a/año			

# HISTORIAL DE SALUD

Peso del niño al nacer \_\_\_\_\_ Estatura del niño al nacer \_\_\_\_\_ Nació a las \_\_\_\_\_ semanas de gestación.

¿La madre del niño experimentó algún problema durante el embarazo?  No  Si En caso afirmativo, explique (medicación, sarampión, toxemia, etc.) \_\_\_\_\_

¿Hubo algún problema con el parto, el nacimiento o durante el período neonatal?  No  Yes En caso afirmativo, explique (parto por cesárea, sufrimiento fetal, síndrome de dificultad respiratoria, resucitación requerida, ictericia, etc.). \_\_\_\_\_

NOTAS: \_\_\_\_\_

**Etapas del Desarrollo**

A que edad su hijo:

Se sentó solo \_\_\_\_\_ Caminó solo \_\_\_\_\_ Dijo una palabra \_\_\_\_\_ Dijo una oración de dos palabras \_\_\_\_\_ Entrenado para ir al baño

El niño estaba apegado principalmente a:  Madre  Padre  Ambos  Otro \_\_\_\_\_

Los ciclos de alimentación y sueño fueron:  Regulares  Irregulares El niño fue:  Fácil de cuidar  "Desafiante"

¿Hubo algún cambio en los encargados del cuidado del niño durante los primeros tres años (diferente niñera, madre que empezó a trabajar, etc.)?  No  Si En caso afirmativo, ¿a qué edad, y bajo qué circunstancias? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna vez usted o alguien más, alguna preocupación sobre el crecimiento físico general de su hijo y/o el desarrollo intelectual, social, emocional o motor?

No  Si De ser afirmativa su respuesta, explique por favor \_\_\_\_\_

Describa las fortalezas de su hijo y/o sus necesidades especiales \_\_\_\_\_

Añada comentarios o preguntas sobre el desarrollo temprano de su hijo. \_\_\_\_\_

**Marque la(s) casilla(s) apropiada(s) si tiene inquietudes acerca de los siguientes comportamientos en su hijo(a).**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No puede compartir   | <input type="checkbox"/> No este seguro de sí mismo, aparenta no tener confianza en sí mismo   |
| <input type="checkbox"/> Busca atención Inapropiada   | <input type="checkbox"/> Sueña despierto, parece estar preocupado  |
| <input type="checkbox"/> Se come las uñas   | <input type="checkbox"/> Parece estar preocupado o ansioso <input type="checkbox"/> Se distrae, corto periodo de atención, problemas concentrando, intranquilo |
| <input type="checkbox"/> Se chupa el dedo pulgar  | <input type="checkbox"/> Celos de hermanos   |
| <input type="checkbox"/> Aguanta la respiración   | <input type="checkbox"/> Parece inmaduro comparado con otros <input type="checkbox"/> Berrinches/Rabieta niños de su edad                                      |
| <input type="checkbox"/> Miente   |  |
| <input type="checkbox"/> Destruye las cosas   |  |
| <input type="checkbox"/> Poco cooperativo, desafiante, desobediente                         | <input type="checkbox"/> Muy dependiente de un adulto verbal o físicamente   |
| <input type="checkbox"/> Sensible, los sentimientos se hieren fácilmente, llora fácilmente. |  |
| <input type="checkbox"/> Agresivo hacia otros,  |  |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor explique) _____                                    |  |

**Agencias o programas en los que su hijo ha participado: (marque todas las que correspondan)**

- Enfermería de Salud Pública.                       Educación Especial para la Primera Infancia                       Madres, Infantes y Niños (WIC)
- Servicios Sociales del Condado de Dakota    Educación Familiar de la Primera Infancia                       Madres y Niños (MAC)
- Centro de consejería Familiar                       Institución Religiosa                       Preescolar

**¿Le gustaría recibir información acerca de? (marque todas las que necesite)**

- Conocer a otras Familias                       Cuido de Niños                       Ropa
- Grupos de Padres                       Programas recreacionales                       Otro
- Ayuda con Problemas Personales                       GED
- Programas de Preescolar                       Clases de Inglés

---



---

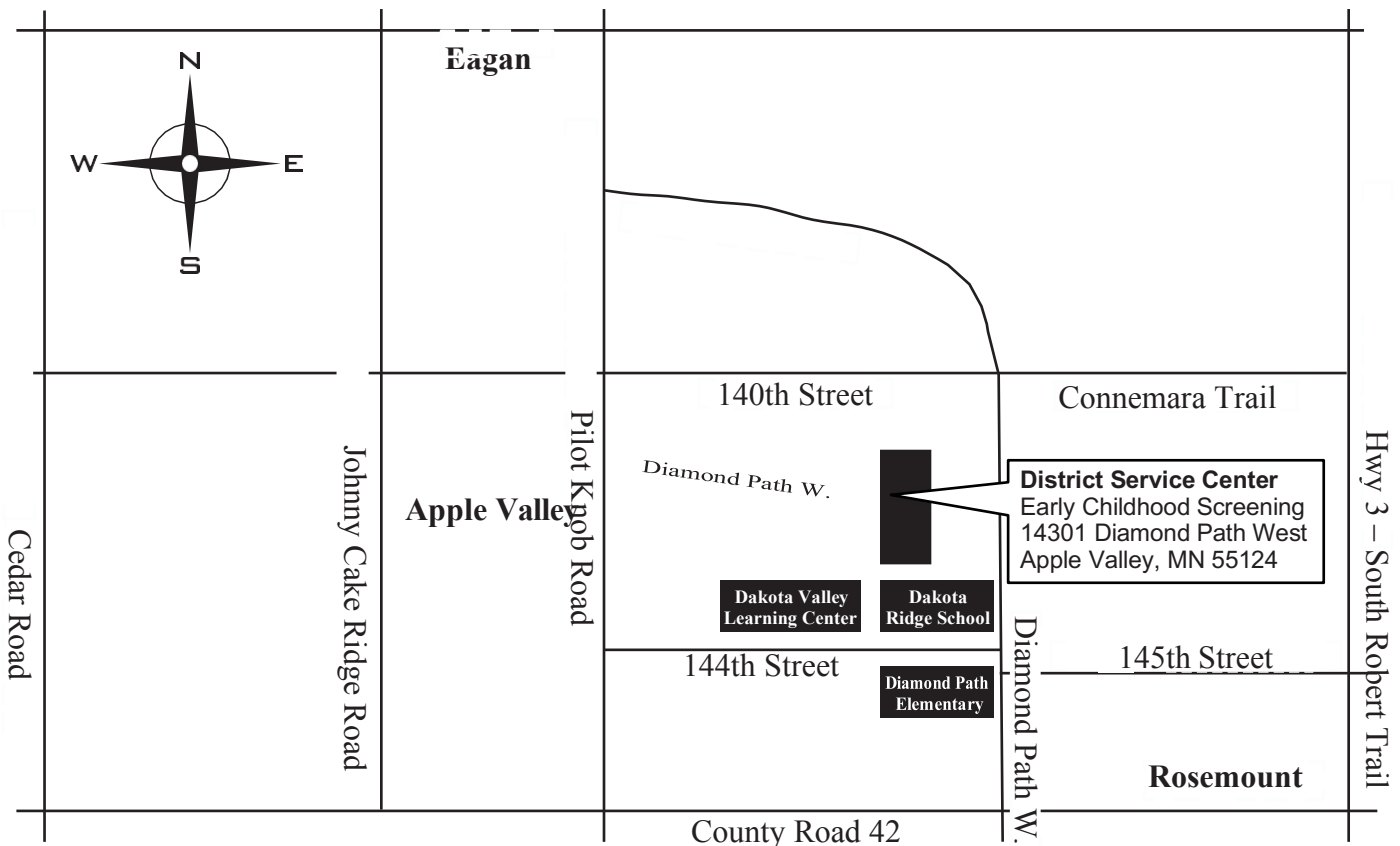
**INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT 196**  
**Rosemount-Apple Valley-Eagan Public Schools**

**DISTRICT SERVICE CENTER**

Early Childhood Screening  
14301 Diamond Path West  
Apple Valley, MN 55124

**IMPORTANTE**  
**Distrito Escolar Independiente 196**  
**INFORMACIÓN ACERCA DE SU CITA PARA LA**  
**EVALUACIÓN DE LA PRIMERA INFANCIA.**

PRP/Procedures/500 series/501.3.2.1P-print/501.3.2.1P.indd/District 196 Graphics/1-4-19



**Para más información por favor comuníquese al 651-423-7899 o escriba a: [ecscreening@district196.org](mailto:ecscreening@district196.org).**