

Querida familia de Richfield,

Nos complace darle la bienvenida a las Escuelas Públicas de Richfield y a la Evaluación de la Primera Infancia. Después de completar el proceso de programación en línea, recibirá un correo electrónico de confirmación. Se enviará un correo electrónico de recordatorio cuando se acerque la fecha.

Los niños son examinados por profesionales capacitados. Se revisará a su hijo en cuatro áreas: socioemocional, motricidad, conceptos y destrezas de comunicación. La mayoría de los niños disfrutan de las actividades y la atención. Esto no es una prueba de coeficiente intelectual. Después de la evaluación, un maestro hablará con usted sobre los resultados de su hijo. El proceso de selección dura aproximadamente 55 minutos. Para obtener los resultados más precisos, es mejor que los padres no estén en la misma habitación que el niño. Los padres pueden estar cerca y pueden acompañar a un niño si es necesario. Por favor prepare a su hijo para esto antes de la evaluación. Desafortunadamente, no podemos proporcionar cuidado de niños para los hermanos. No traiga a los hermanos a la cita de selección, pero sí traiga todos los formularios requeridos disponibles en línea.

¡La evaluación le ayuda a ayudar a su hijo a prepararse para la escuela! Tendrá la oportunidad de hablar sobre cualquier inquietud que pueda tener sobre el desarrollo de su hijo. El maestro puede remitirle a usted y a su hijo a otra agencia para que los revisen nuevamente o para que reciban servicios que ayudarán a su hijo.

La proyección se lleva a cabo en el Centro de Educación Central, 7145 Harriet Ave. Sur, Richfield, Minnesota. Si tiene preguntas o necesita ayuda para programar, llame al (612) 243-3048 o envíe un correo electrónico a ecscreening@rpsmn.org.



Inscripción para la evaluación preescolar

INFORMACIÓN GENERAL E INSTRUCCIONES: El padre, la madre o el tutor del menor debe llenar la página 1 del formulario de inscripción. La página 2 es para uso exclusivo del personal del distrito escolar. Imprima el formulario o llénelo en forma electrónica.

Nombre Legal del Menor: (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido): _____

Apodo u Otro Nombre del Menor (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido): _____

Fecha de nacimiento del menor: _____ Sexo: Masculino _____ Femenino _____

Padre/Madre/Tutor: _____ Teléfono: _____ P.O. Box: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____

Padre/Madre/Tutor: _____ Teléfono: _____ P.O. Box: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____

Responda la siguiente pregunta sobre raza u origen étnico: Indio americano: Persona originaria de cualquiera de los pueblos nativos de Norteamérica la cual mantiene una identificación cultural a través de una afiliación tribal o un reconocimiento comunitario. (escoja UNO)

____ NO, no es indio americano

____ Sí, es indio americano

A continuación responda las siguientes preguntas sobre normas federales con respecto a raza u origen étnico: Puede escoger más de una respuesta en la Parte B. Consulte en la parte superior de la página 2 las instrucciones específicas para llenar esta sección.

*Parte A: ¿Es el menor hispano o latino? (escoja UNO)

____ NO, no es hispano o latino

____ Sí, es hispano o latino

*Parte B: ¿Cuál es la raza de su hijo? (escoja TODO lo que corresponda)

____ Indio americano o nativo de Alaska

____ Asiático

____ Negro o afroamericano

____ Nativo hawaiano o isleño del Pacífico

____ Blanco

INFORMACIÓN SOBRE EL IDIOMA PRINCIPAL/SECUNDARIO

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

¿Qué idioma se habla más frecuentemente en su hogar? _____ Inglés Otro (especificar) _____

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

INFORMACIÓN SOBRE CONTROLES PREVIOS DE LA SALUD Y EL DESARROLLO

¿Se le hizo un control completo de la salud y el desarrollo a su hijo en edad preescolar (3-5 años)?

____ Sí ____ NO Si responde "Sí", fechas de control: _____ Lugar: _____

¿Alguna vez se evaluó a su hijo para obtener educación especial o alguna vez obtuvo servicios de educación especial mediante un programa de educación individualizada (IEP) o un plan de educación familiar individualizada (IFSP)?

____ Sí ____ NO

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR

Por la presente, declaro que la información reportada más arriba es veraz y actual a mi saber y entender.

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Instrucciones y definiciones para las preguntas sobre raza u origen étnico en las partes A y B

La pregunta de la Parte A es sobre el origen étnico, no sobre la raza. Independientemente de lo que se seleccione en la Parte A, pida al padre/madre/tutor que responda la pregunta en la Parte B para marcar una o más casillas indicando la raza del menor.

Indio americano o nativo de Alaska: Persona originaria de cualquiera de los pueblos nativos de América del Norte, Central y del Sur, la cual mantiene una afiliación tribal o un reconocimiento comunitario.

Asiático: Persona originaria de cualquiera de los pueblos nativos del Lejano Oriente, el Sudeste asiático o el Subcontinente Indio, por ejemplo, de Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Filipinas, Tailandia y Vietnam.

Negro o afroamericano: Persona originaria de cualquier grupo racial negro de África.

Hispano o latino: Persona de origen mexicano, portorriqueño, sudamericano, centroamericano o de cualquier otra cultura hispana original, independientemente de la raza.

Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico: Persona originaria de cualquiera de los pueblos nativos de Hawái, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico.

Blanco: Persona originaria de cualquiera de los pueblos nativos de Europa, el Oriente Medio o el Norte de África.

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/EPSDT

___ 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 offered, parent declined

___ 63 - Referral to special education AND health care provider

___ 66 - Rescreen planned

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

HISTORIAL DE SALUD Y DESARROLLO DEL MENOR (3-6 AÑOS)

Nombre del menor: _____ M F Fecha de nac.: _____

Edad: _____

(For office use only)

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

Nombre(s) del padre/la madre/tutor: _____

Persona que completa el formulario: _____ Fecha: _____

¿Qué tan a menudo visita su hijo(a) a un médico o enfermero? _____ Fecha del último chequeo preventivo del menor: _____

¿Qué tan a menudo visita su hijo(a) a un dentista? _____ Fecha del último chequeo dental: _____

Fecha del examen ocular (de la vista) completo más reciente de su hijo(a), si se lo hicieron:

Un optometrista u oftalmólogo es quien realiza el examen ocular completo.

¿Tiene seguro médico su hijo(a)? Sí No Lo solicitó

Si corresponde, marque las casillas si usted o su hijo(a) participan en cualquiera de los servicios:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Educación familiar en la primera infancia | <input type="checkbox"/> Chequeos preventivos de menor | <input type="checkbox"/> Centro de cuidado de menores |
| <input type="checkbox"/> Educación especial en la primera infancia | <input type="checkbox"/> Pre-kínder escolar | <input type="checkbox"/> Bajo cuidado de familiar/vecino |
| <input type="checkbox"/> Visitas domiciliarias "Follow Along/Family Home" | <input type="checkbox"/> Preescolar privado | <input type="checkbox"/> Biblioteca |
| <input type="checkbox"/> Educación para la crianza de hijos | <input type="checkbox"/> Head Start (asistencia a la primera infancia) | <input type="checkbox"/> WIC |
| <input type="checkbox"/> Programas de parques y recreación | <input type="checkbox"/> Servicios de salud mental | <input type="checkbox"/> Banco de alimentos |

SALUD

Marque cualquier inquietud que aplique a su hijo(a) y descríbala:

Alergias: Alimentos _____ Medicamentos: _____

Animales/insectos: _____ Polvo/moho: _____

Estacionales: _____

- Toma medicamentos, hierbas y/o vitaminas: _____
- Visitas a profesionales de la salud, hospitalizaciones o cirugías: _____
- Lesiones o enfermedades graves, visita a la sala de emergencias. Razón y fecha:

- Lesiones en la cabeza (¿perdió el conocimiento?): _____
- Exposición al plomo, nivel, si se conoce: _____
- Dificultad para respirar, tos o asma: _____
- Problemas de piel o sarpullidos: _____
- Convulsiones, ausencias (mirada fija): _____
- Problemas de la vista o usa anteojos: _____

SALUD (continuación)

Marque cualquier inquietud que aplique a su hijo(a) y descríbala:

- Tubos de drenaje (PE) de oídos o problemas de audición: _____
- Dientes: una o más caries: _____
- Alimentación, problemas de estómago o estreñimiento: _____
- Problemas de salud mental, como ansiedad, depresión o falta de atención? _____
- Adoptado; si lo es, a qué edad: Click or tap here to enter text.
- Cuidado de acogida o colocación fuera del hogar: _____
- ¿Problemas durante el embarazo o el parto? _____
- Nació más de tres semanas antes o después de lo previsto:
_____ Nro. de semanas al nacer Click or tap here to enter text. Peso del menor al nacer
- Al nacer, permaneció en el hospital más que la madre, razón: _____
- ¿Es posible que, antes de saber que estaba embarazada, usted haya consumido medicamentos, alcohol, cigarrillos o drogas ilegales? Click or tap here to enter text.
- Escriba toda otra inquietud adicional: _____

Marque cualquier problema de salud familiar (los padres o hermanos del menor)

- Problemas de atención
- Problemas de la vista
- Diabetes

- Alergia
- Problemas de aprendizaje
- Problemas de crecimiento
- Asma
- Trastornos de salud mental
- Epilepsia/Convulsiones
- Sordera/Audición de salud
- Anemia o rasgo de células falciformes
- Otros problemas de salud

RUTINAS DIARIAS DEL MENOR

Se acuesta a las _____ P.M Despierta a las _____ A.M

- Cada día hace ejercicios durante 60 minutos o más
- Dificultad para dormir/para mantenerse despierto NO puede o NO hace ejercicios durante 60 minutos
- Duerme una siesta: Desde: _____ Hasta: _____
- Tiempo de TV/videojuegos/pantallas: _____ Horas por día

Cada día come algunos alimentos de los grupos de alimentos:

- 5-9 porciones de frutas o verduras: naranjas, manzanas, bananas, mangos, bayas, espinaca, maíz, chícharos/guisantes
- 2-3 porciones de alimentos ricos en calcio: leche, queso, yogur, leche de soja, tofu
- 2-3 porciones de alimentos ricos en hierro: pescado, aves de corral, carne roja, frijoles, legumbres, huevos
- 3 o más porciones de granos enteros: pan integral, cereal, arroz integral, tortillas, galletas saladas, pasta
- Más de una porción de dulces, bebidas con sabor a fruta o comida chatarra cada día
- Sí No Durante los 12 últimos meses, nos preocupó que se nos agotaran los alimentos antes de que pudiéramos comprar más
- Sí No Durante los 12 últimos meses, los alimentos que compramos no nos alcanzaron y no teníamos dinero para comprar más

SEGURIDAD EN EL HOGAR

Situación de vivienda actual:

- Alquila o es propietario Comparte vivienda con amigos o familiares Hotel o motel
- Refugio de emergencia/Vivienda transitoria Sin refugio (carros, parques y campamentos, tráiler temporal)
- ¿Su hijo(a) vive o juega en una vivienda o edificio que se construyó antes de... 1978? Se remodeló en los 5 últimos años?

Cualquier persona en su vivienda o que cuida de su hijo(a): ¿Fuma/Consume tabaco? ¿Consume alcohol?

¿Tiene un arma de fuego (usa bloqueo de seguridad)?

¿Le preocupa que su hijo(a) se exponga a?... Violencia Drogas ilegales Condiciones inseguras

¿Su familia podría necesitar ayuda para pagar los servicios públicos? Sí No: Referir al Programa de Asistencia Energética del Depto. de Comercio de MN

¿Su familia podría necesitar ayuda para pagar los gastos de cuidado de menores? Sí No: Referir a las Becas de Aprendizaje en la Primera Infancia

¿Usted o su hijo(a) tiene o usa lo siguiente?

Asientos infantiles de automóvil Cascos para bicicleta Detector de humo Detector de monóxido de carbono

APRENDIZAJE

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

Si responde NO, explique: _____

Mi hijo(a) necesita ayuda con: uso del baño actividad/movilidad vestirse nutrición/comer (¿necesita ayuda para comer naranjas? ¿beber leche?)

Otro/a: _____

Marque cualquiera de las siguientes opciones:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dice los números del 1 al 10 | <input type="checkbox"/> Entiende a otras personas |
| <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para hablar | <input type="checkbox"/> Puede seguir instrucciones |
| <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para que lo entiendan los demás | <input type="checkbox"/> Juega con otros niños o juguetes |
| <input type="checkbox"/> Parece torpe al usar las manos | <input type="checkbox"/> Dificultad para caminar o correr (se cae) |