

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/EPSTDT

___ 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