



# Distrito Escolar del Condado de Manatee

## Examen preescolar cuestionario

6423 9th Street East, Bradenton, FL 34203  
Dirección postal: P.O. BOX 9069, Bradenton, FL 34206-9069  
(941) Fax 721-2300: (941) 753-0958

Estimados padres:

Por favor, tómese unos momentos para presentarnos a su hijo a través de este cuestionario.

Este formulario tiene dos partes que piden información sobre su hijo:

Parte 1: Información de antecedentes personales sobre su hijo.

Parte 2: Información del desarrollo sobre su hijo.

Por favor, lea el formulario y responda a todos los artículos tan cuidadosamente como pueda. Usted es una fuente importante de información sobre su hijo. La información y las respuestas que usted proporciona nos permiten comprender mejor a todo el niño. Agradecemos enormemente su tiempo en completar este formulario y esperamos trabajar con usted y su hijo.

Nombre del niño (nombre, apellido): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Género: Femenino  Masculino

Idioma primario de la familia: \_\_\_\_\_ Idioma primario del niño: \_\_\_\_\_

Raza (Compruebe todo lo que corresponda):  Indio  Asiático  Americano negro o afroamericano  Nativo de Alaska  
 Hawaiano o isleño del Pacífico

Hijo de origen hispano, latino o español?  Sí  No

### **Información de los padres**

Nombre de la madre (nombre, apellido): \_\_\_\_\_ Profesión de la madre: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre (nombre, apellido): \_\_\_\_\_

Profesión del padre: \_\_\_\_\_

Nombre del guardián (nombre, apellido): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Persona que completa esta encuesta:  Madre  Padre  Guardián  Otra: \_\_\_\_\_

**Parte 1: Información personal****Situación de vida**

- ¿Con quién vive su hijo? (Compruebe todo lo que corresponda)
  - Madre  Padre  Padrastro  Madrastra  Pareja de la madre  Pareja del padre
  - Abuela/ Abuelo  Otro pariente (especificar) \_\_\_\_\_
  - Familia adoptiva: Nombre y teléfono del trabajador del caso #: \_\_\_\_\_
  - Otros (especificar) \_\_\_\_\_
- ¿Se adopto al niño?  Sí  No
- ¿Si su hijo es adoptado a qué edad se unió a la familia? \_\_\_\_\_

**hermanos**

- ¿Su hijo tiene hermanos o hermanas?  Sí (Por favor, enumere a continuación)  No

Nombre del hermano/hermana	edad	Nombre de la escuela que asiste	¿Este niño vive en casa con su preescolar?

**Situación escolar**

- ¿Cuáles son sus preocupaciones acerca de la educación y el desarrollo de su hijo?  
\_\_\_\_\_
- ¿Su hijo ha asistido a una guardería preescolar?  Sí  No Si es así, ¿por cuánto tiempo? (años/meses) \_\_\_\_\_
- ¿Su hijo asiste a la guardería/preescolar a tiempo completo o a tiempo parcial? \_\_\_\_\_
- ¿Cuál es el nombre y la ubicación de la guardería preescolar/de su hijo? \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona de contacto preescolar o guardería: \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez se le ha pedido a su hijo que abandone una guardería/centro preescolar?  Sí  No En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_
- ¿A qué escuela planea enviar a su hijo para kindergarten? \_\_\_\_\_

**Situación del hogar**

- ¿Cuándo fue la última vez que te mudaste? \_\_\_\_\_
- ¿Con qué frecuencia se ha mudado en la vida de su hijo? \_\_\_\_\_
- ¿Se ha producido algo de lo siguiente?  
Padres separados o divorciados  Sí  No ¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
Una muerte o pérdida mayor:  Sí  No ¿Quién/Cuándo? \_\_\_\_\_  
Otros eventos importantes que pueden haber molestado a su hijo con las fechas correspondientes? \_\_\_\_\_
- ¿Ha reaccionado su hijo a alguna de las situaciones anteriores con comportamientos que le conciernen?  
\_\_\_\_\_
- ¿Hay alguna circunstancia familiar que le gustaría que los evaluadores/escuela dieran a conocer?  
\_\_\_\_\_

**Parte 2: Información sobre el desarrollo****Información general**

- ¿Era el niño un bebé a término completo?  Sí  No  
Si NO, ¿a cuántas semanas nació la gestación? \_\_\_\_\_
- ¿Hubo alguna complicación con el embarazo o al nacer?  Sí  No Si Sí explica: \_\_\_\_\_
- ¿Su hijo se quedó en la Unidad de Cuidados Intensivos?  Sí  No Si sí, ¿cuánto tiempo? \_\_\_\_\_
- ¿Cuánto tiempo estuvo el niño en el hospital después del nacimiento? \_\_\_\_\_
- ¿A qué edad se arrastró su hijo de manos y rodillas? \_\_\_\_\_
- ¿A qué edad empezó a caminar su hijo? \_\_\_\_\_

22. ¿Cuál es la hora de acostarse de su hijo? \_\_\_\_\_ ¿Duerme su hijo toda la noche?  Sí  No

### Información médica

23. ¿Su hijo ha recibido servicios a través de Early Steps?  Sí  No

24. ¿Su hijo ha visto a un optometrista u oftalmólogo?  Sí  No

25. ¿Su hijo usa anteojos?  Sí  No

26. ¿Sospecha que su hijo tiene un problema de visión?  Sí  No

Comentarios: \_\_\_\_\_

27. ¿Sospecha que su hijo tiene un problema de audición?  Sí  No

Comentarios: \_\_\_\_\_

28. ¿Su hijo está bajo el cuidado de un audiólogo o especialista en oído, nariz y garganta (ENT)?  Sí  No

29. ¿Su hijo ha tenido infecciones frecuentes del oído?  Sí  No

30. ¿Le han insertado los tubos auditivos a su hijo?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿a qué edad? \_\_\_\_\_

31. ¿Su hijo habla en voz alta?  Sí  No

32. ¿Su hijo tiene un diagnóstico médico?  Sí  No

En CASO AFIRMATIVO, describa: \_\_\_\_\_

33. ¿Su hijo ha sido hospitalizado alguna vez?  Sí  No

En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

34. ¿Su hijo ha sido operado alguna vez?  Sí  No Si es ASÍ, ¿qué cirugía/cirugías? \_\_\_\_\_

35. ¿Su hijo toma medicamentos recetados de forma rutinaria y diaria?  Sí  No

En CASO AFIRMATIVO, enumere: \_\_\_\_\_

36. ¿Su hijo tiene alguna alergia?  Sí  No

En CASO AFIRMATIVO, enumere: \_\_\_\_\_

37. ¿Su hijo tiene un EPI PEN?  Sí  No

38. ¿Su hijo usa un inhalador para el asma?  Sí  No

39. Si su hijo ha tenido evaluaciones/evaluaciones completadas, cheque el tipo:

Examen cognitivo o de desarrollo  Examen psicológico  Examen a neurológico

Si su hijo ha tenido uno de los exámenes anteriores, por favor describa las razones:

Nombre y ubicación de las personas que administraron el examen: \_\_\_\_\_

40. ¿Su hijo ha experimentado alguna vez un trauma psicológico importante?  Sí  No

En CASO AFIRMATIVO, describa:

41. Otra información médica, si corresponde: \_\_\_\_\_

### Información del habla/lenguaje

42. Mi hijo ha tenido una **evaluación del habla y el lenguaje**.  Sí  No

En caso afirmativo, ¿recibió terapia?  Sí  No ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

43. Mi hijo actualmente recibe **terapia del habla y el lenguaje**.  Sí  No

Nombre/agencia del terapeuta: \_\_\_\_\_

44. Mi hijo señalará objetos/imágenes cuando los nombre.  Sí  No

45. ¿Cómo comunica su hijo sus deseos/necesidades? \_\_\_\_\_

46. Mi hijo usa más de 50 palabras para comunicarse.  Sí  No hay ejemplos: \_\_\_\_\_

47. Mi hijo junta al menos dos palabras.  Sí  No hay ejemplos: \_\_\_\_\_

**En caso de sí a la pregunta 47, responda a las siguientes preguntas:**

48. Siento que mi hijo pronuncia palabras tan claramente como otros niños de la misma edad.  Sí  No

49. Mi hijo generalmente es entendido por personas ajenas a la familia.  Sí  No

50. Me encuentro descansando lo que mi hijo ha dicho a los demás.  Sí  No

### Información sobre motricidad gruesa

52. Mi hijo puede **independientemente**: (comprobar todo lo que se aplica)

Lanzar o atrapar una pelota  Patear una pelota  Sube las escaleras alternando los pies  Baja con pies alternos

Salta sobre un pie  Salta sobre dos pies  Equilibra en un pie durante 3-5 segundos

53. Mi hijo tiene **dificultad:** (compruebe todo lo que corresponda)  
 Transición sobre diferentes superficies (nivel vs no nivelado)  Caminar / correr sobre superficies sin nivel  
 Navegando obstáculos (viajes / caídas a menudo)  Escalando en equipos de juegos infantiles
54. Mi hijo ha sido sometido a una evaluación **de terapia física.**  Sí,  no Si sí, ¿recibió terapia?  Sí  No  
¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_
55. Mi hijo actualmente recibe **de terapia física.**  Sí  No  
Nombre/agencia del terapeuta: \_\_\_\_\_

#### Información sensorial

56. Mi hijo teme ruidos fuertes.  Sí  No
57. A mi hijo no le gustan las multitudes.  Sí  No
58. Mi hijo es un comedor exigente (no le gustan ciertas texturas de alimentos, colores, etc.).  Sí  No
59. Mi hijo se siente abrumado en nuevas situaciones.  Sí  No
60. Ciertas prendas (etiquetas, diferentes materiales, etc.) molestan a mi hijo.  Sí  No
61. Mi hijo saldrá corriendo (a través de puertas, en pasillos largos, etc.)  Sí  No
62. Mi hijo no parece consciente del dolor y/o peligro.  Sí  No Si es ASÍ, por favor explique: \_\_\_\_\_

#### Información del motricidad fino

63. Mi hijo puede sostener un crayón y dibujar / color con él.  Sí  No
64. Mi hijo puede encadenar cuentas.  Sí  No
65. Mi hijo puede cortar con tijeras.  Sí  No
66. Mi hijo puede copiar una línea horizontal, una línea vertical y una forma circular.  Sí  No
67. Mi hijo ha tenido una **terapia ocupacional y/o** evaluación **sensorial.**  Sí  No  
En caso afirmativo, ¿recibió terapia?  Sí  No ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_
68. Mi hijo actualmente recibe terapia **ocupacional.**  Sí  No  
Nombre/agencia del terapeuta: \_\_\_\_\_

#### Información de atención

69. Mi hijo se adhiere a una actividad durante al menos 5 minutos a la vez (sin incluir computadora o TV).  Sí  No
70. Mi hijo persevera o excesivamente se centra excesivamente en cosas o ideas.  Sí  No
71. Mi hijo exhibe comportamientos impulsivos.  Sí  No
72. A mi hijo se le ha diagnosticado **ADD o ADHD.**  Sí  No
73. Si digo "mira" y señala, mi hijo mirará hacia dónde estoy señalando.  Sí  No

#### Información de Desarrollo Social

74. Mi hijo tiene oportunidades de jugar con otros niños de su edad.  Sí  No
75. Mi hijo se separa fácilmente de los padres.  Sí  No
76. Mi hijo puede turnarse.  Sí  No
77. Mi hijo se lleva bien con otros niños.  Sí  No
78. Mi hijo tiene miedo/ ansiedad y se preocupa mucho.  Sí  No
79. Mi hijo tolera cambios en la rutina.  Sí  No
80. ¿Su hijo presenta algún problema de conducta grave? (Compruebe los que correspondan).  Sí  No  
 Desafío a adultos/no conforme  Rabietas excesivas y prolongadas  
 Muerde  Comportamiento agresivo / violento hacia los demás  Otra: \_\_\_\_\_
81. ¿Cuál es la reacción de su hijo al estrés? (Compruebe todo lo que corresponda)  
 Lloro  Dolor de cabeza  Dolor de estómago  Muerde  Otra: \_\_\_\_\_
82. ¿Hay desafíos con la gestión del comportamiento en casa?  Sí  No  
En caso afirmativo, cuál es el más eficaz para establecer un comportamiento *aceptable*: \_\_\_\_\_

Las fortalezas de mi hijo son: \_\_\_\_\_

Mi hijo sigue necesitando ayuda con: \_\_\_\_\_

Enumere cualquier información adicional que usted sienta que es importante con respecto a su hijo: \_\_\_\_\_

Gracias por su tiempo!