



Hayward Unified School District

Dr. Matt Wayne, Superintendent

Paquete de registro Pre K
Departamento de Educación Especial
(510) 723-3857 ex 34125

Por favor, complete todas las paginas con un bolgrafo azul o negro.

Favor de hacer una cita y traer completos los requisitos a:

Parent Resource Center Room 15
24823 Soto Road, Hayward, CA 94544

Questions contact: Elizabeth Del Muro

Phone# (510) 784-2600 ex 72611

Email: ed685@husd.k12.ca.us

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE HAYWARD
SERVICIOS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA**

CUESTIONARIO PARA PADRES

Por favor imprima legiblemente

I. INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN

Fecha de hoy: _____

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Dirección: _____ Escuela de Asistencia: _____

El niño vive con _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono Cel/Trabajo _____ e-mail _____

Idioma(s) que se Habla en Casa _____ Idioma(s) que el Niño Habla en Casa _____

Otros idiomas al que el niño ha estado expuesto: _____

II. PREOCUPACIONES

¿Cuáles son sus preocupaciones mas grandes acerca de su hijo? (Por favor describa en detalle) _____

¿Qué edad tenía su hijo cuando usted empezó a preocuparse? _____

¿Ha sido su hijo diagnosticado con alguna condición que afecta el desarrollo? _____

¿Qué estrategias ha usado usted para asistir a su hijo? _____

Por favor describa las rutinas diarias de su hijo (de ejemplos) _____

¿Que programas de televisión vé su niño? _____

¿Cuál es la rutina de la familia a la hora de la comidas? _____

¿Cuál es la rutina de su niño a la hora de ir a la cama? _____

Lleva usted a su hijo a lugares estimulantes tales como:

¿Qué tan a menudo? _____ ¿Cómo responde su hijo?

Biblioteca _____

Museos _____

Otras Actividades Especiales: _____

¿Tiene usted libros en casa, o acceso a libros infantiles? Si es así; ¿que tan a menudo lee usted a su hijo? _____

¿Cuánto tiempo pasa usted conversando con su hijo? Por favor describa: _____

¿Cómo juega usted con su hijo? _____

III. HISTORIA DE LA FAMILIA

Nombre de la Madre _____ Edad _____ Nivel de Educación _____

¿Algún problema de aprendizaje, desarrollo o de salud? Por favor describa _____

Nombre del Padre _____ Edad _____ Nivel de Educación _____

¿Algún problema de aprendizaje, desarrollo o de salud? Por favor describa _____

Nombres de los Hermanos	Edad	Escuela a la que asiste/¿problemas?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Ambos padres viven en casa? _____ ¿Quién más vive en casa? _____

¿Hay algunos antecedentes en la familia sobre:

	SI	NO	Relación con el niño
Retrazos del Habla	_____	_____	_____
Retrazos del Desarrollo	_____	_____	_____
Autismo	_____	_____	_____
Problemas de Salud Mental	_____	_____	_____
Discapacidades de Aprendizaje	_____	_____	_____
Depresión	_____	_____	_____
Artritis reumatoide	_____	_____	_____
Diabetes Tipo I	_____	_____	_____
Diabetes Tipo II	_____	_____	_____
Asma	_____	_____	_____
Epilepsia/Convulsiones	_____	_____	_____
Pérdida Auditiva	_____	_____	_____
Impedimentos de la Visión	_____	_____	_____
Otros	_____	_____	_____

¿Han ocurrido experiencias o cambios en el hogar o la familia que hayan podido tener un impacto en su hijo (divorcio, fallecimiento, cambios frecuentes de viviendas, enfermedades prolongadas)? _____

¿Existen otros factores que hayan podido tener un impacto en el desarrollo y bienestar de su hijo? _____

III HISTORIAL PRE-NATAL

	NO	SI	DESCRIBA
Enfermedades durante el embarazo	___	___	_____
Accidentes durante el embarazo	___	___	_____
Aumento de peso excesivo	___	___	_____
Presión Alta	___	___	_____
Edema	___	___	_____
Sangrado o manchado	___	___	_____
Infecciones	___	___	_____
Exposición a toxinas, rayos X	___	___	_____
Cigarrillos, alcohol, drogas	___	___	_____
Factor Rh	___	___	_____
Otras complicaciones	___	___	_____
Medicamentos	___	___	_____

IV. INFORMACIÓN DE RECIÉN NACIDO

En sus meses ___ Prematuro ___ Pasado de sus meses ___ Duración del embarazo ___ Inicio de Cuidado Prenatal _____

Parto vaginal ___ Cesárea ___ Vino de naigas ___ Otro _____

Peso al nacer _____ Tamaño _____ Resultados Apgar, si los conoce _____

Condición: Buena ___ Ictericia ___ Problemas respiratorios _____

Problemas de alimentación _____ Otros _____

Oxígeno, Incubación, luces de bilirrubina, cirugía, o requirió una hospitalización extendida? No ___ Si ___ Si es así, por favor explique _____

¿En el periodo de recién nacido, tuvo el bebé dificultades con la alimentación o para dormir? No ___ Si ___ Si es así, por favor explique _____

V. HITOS DEL DESARROLLO

	Edad Aprox.		Edad Aprox.
Se sentó sin apoyo	_____	Tomó de una taza	_____
Gateó con las manos y rodillas	_____	Dejó la mamila/botella	_____
Caminó sin necesitar ayuda	_____	Comió con una cuchara	_____
Primeras palabras reales (aparte de "mama", "papa")	_____	Pedaleó un triciclo	_____
Combino dos o tres palabras	_____	Entrenado a usar el baño	_____

¿Ha habido una regresión o pérdida de habilidades? Por favor describa _____

VI. HISTORIAL DE SALUD

El niño ha tenido problemas de:

	NO	SI	DESCRIBA	TRATAMIENTO
resfríos frecuentes	_____	_____	_____	_____
infecciones del oído	_____	_____	_____	_____
problemas de audición	_____	_____	_____	_____
problemas de visión	_____	_____	_____	_____
fiebres altas	_____	_____	_____	_____
convulsiones	_____	_____	_____	_____
cirugías	_____	_____	_____	_____
enfermedades serias	_____	_____	_____	_____
heridas graves	_____	_____	_____	_____
alergias	_____	_____	_____	_____
asma	_____	_____	_____	_____
eczema	_____	_____	_____	_____
Pérdida de Conocimiento	_____	_____	_____	_____
Trauma Cerebral	_____	_____	_____	_____
Parálisis Cerebral	_____	_____	_____	_____
Problemas del Corazón	_____	_____	_____	_____
Trastornos Especiales	_____	_____	_____	_____
Toma algún medicamento	_____	_____	_____	_____

Evaluaciones Especiales

	NO	SI ES SÍ, FECHA	POR QUIÉN	RESULTADOS
Visión	_____	_____	_____	_____
Audición	_____	_____	_____	_____
Otros	_____	_____	_____	_____

Nombre del pediatra del niño: _____ Grupo Médico _____

de Kaiser _____ Fecha del último examen físico _____

Mencione otros proveedores de salud _____

¿Qué le han dicho a usted los doctores, especialistas, otras agencias, o maestros del pre-escolar acerca del desarrollo de su hijo? _____

VII. SERVICIOS ESPECIALES/AGENCIAS ENVUELTAS

¿Ha recibido su hijo algún tipo especial de evaluaciones, servicios terapéuticos, tales como de habla y lenguaje, psicoterapia, o evaluaciones genéticas? (ninguna de las agencias o individuos serán contactados sin previa autorización de padres o tutores)

NOMBRE Y PROFESIÓN	TIPO DE SERVICIO	DIRECCIÓN	TELEF/E-MAIL
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Indique si otras agencia han estado envueltas con la familia o el niño (Ej. RCEB, CHO, CPS, CCS)

AGENCIA	PERSONA DE CONTACTO	DIRECCIÓN	TELEF/E-MAIL

VIII. EXPERIENCIA PRE ESCOLAR

¿Ha tenido su hijo alguna experiencia pre escolar o en una guardería? Si _____ No _____

FECHA DE INICIO Y FIN	NOMBRE DE PRE ESCOLAR/GUARDERÍA	REACCIÓN DEL NIÑO

IX. DESARROLLO SOCIO EMOCIONAL

¿Cuáles son las fortalezas de su niño? _____

Describe la disposición general de su hijo: (Marque con un círculo todas las que apliquen:)

feliz de humor cambiante activo alerta irritable fuerte exigente
díficil de calmar/consolar fácil de cuidar tímido ansioso amigable

Otro _____

¿Exhibe su hijo algunas características sociales, emocionales, o algún comportamiento por los que usted está preocupado?

Si es así, por favor describa _____

¿Cuáles son sus juguetes favoritos, objetos o actividades? _____

¿Cómo juega su hijo con otros niños? _____

X. LENGUAJE

A. LENGUAJE RECEPTIVO – ENTENDIENDO EL LENGUAJE

1. Aproximadamente cuantas palabras puede entender su hijo? _____
2. ¿Puede su hijo identificar partes del cuerpo (orejas, ojos, nariz, mentón, etc.)? _____
3. ¿Puede su hijo seguir instrucciones de un paso envolviendo dos objetos (Ej.: "Dame la taza y el zapato")? _____
4. ¿Puede su hijo seguir instrucciones de dos pasos envolviendo dos objetos (Ej.: "Abre la puerta y dame el papel")? _____
5. ¿Puede su hijo responder al siguiente tipo de preguntas?
¿Qué? _____ ¿Quién? _____
¿Dónde? _____ ¿Cuándo? _____

B. LENGUAJE EXPRESIVO- EXPRESIÓN GESTUAL/VERBAL

1. Los niños se comunican de muchas maneras. Abajo hay un número de comportamientos que su hijo puede estar usando para transmitir un mensaje a usted. De los ejemplos mencionados abajo, marque los comportamientos que su hijo típicamente usa para comunicarse y qué tan a menudo lo hace.

COMPORTAMIENTO	¿Qué tan a menudo?			
	Frecuentemente	A veces	Raramente	Nunca
___ Sonríe	_____	_____	_____	_____
___ Berrinches	_____	_____	_____	_____
___ Lloro	_____	_____	_____	_____
___ Apunta	_____	_____	_____	_____
___ Llanto con significado especial	_____	_____	_____	_____
___ Usa dibujos	_____	_____	_____	_____
___ Mira al objeto o persona	_____	_____	_____	_____
___ Cambios en su postura/movimiento	_____	_____	_____	_____
___ Mira hacia otro lado	_____	_____	_____	_____
___ Lenguaje de señales formal	_____	_____	_____	_____
___ Mira de la persona al objeto	_____	_____	_____	_____
___ Mueve la cabeza indicando si o no	_____	_____	_____	_____
___ Expresión facial	_____	_____	_____	_____
___ Sonidos que no son llanto/palabras	_____	_____	_____	_____
___ Alcanza	_____	_____	_____	_____
___ Usa palabras/sonidos consistentemente	_____	_____	_____	_____
___ Camina hacia el objeto/persona	_____	_____	_____	_____
___ Trae/ empuja a usted hacia el objeto	_____	_____	_____	_____
___ Agarra y recoge objetos	_____	_____	_____	_____
___ Da a usted el objeto	_____	_____	_____	_____
___ Usa palabras singulares/aprox.	_____	_____	_____	_____
___ Usa frases de 2 – 3 palabras/ aprox.	_____	_____	_____	_____
___ Usa frases de 3 - 5 palabras	_____	_____	_____	_____

¿Si su hijo no habla, como es que él comunica usted lo que quiere o necesita? _____

¿Si su hijo no usa palabras para comunicar lo que quiere o necesita, qué hace usted? _____

¿Qué porcentaje de las palabras de su hijo usted entiende? _____

¿Qué porcentaje de las palabras de su hijo, podría una persona no familiarizada entender? _____

¿Si usted no entiende lo que su hijo le está diciendo, que hace usted? _____

¿Hace su hijo preguntas? Por favor dé dos ejemplos. _____

¿Su hijo relata sus experiencias a otro miembro de la familia? _____

¿Usa su hijo combinación de dos palabras (Ej: "mas leche," "mami alce")? ¿Qué tan a menudo? _____

Dé ejemplos: _____

¿Usa su hijo combinaciones de tres palabras? Dé ejemplos: _____

XI. HABILIDADES DEL DESARROLLO MOTRIZ (Coordinación)

¿Ha observado usted un problema en el balance de su hijo, al caminar, correr o usar las escaleras? ____ Si es así, por favor explique: _____

¿Tiene usted alguna preocupación acerca de la coordinación viso manual para abrir envases, manipulando sujetadores de ropa, o usando un lápiz? ____ Si es así, por favor explique: _____

XII. DESTREZAS DE AUTO SUFICIENCIA

Describa las habilidades de su hijo a la hora de las comidas, incluyendo el uso de utensilios, y la cantidad de ayuda de adultos que el necesita: _____

Describa las habilidades de su hijo para vestirse y desvestirse, incluyendo la cantidad de ayuda que él necesita: _____

¿Si su hijo no está entrenado para usar el baño todavía, por favor describa como han sido sus experiencias en el entrenamiento: _____

¿Hay algo más que no hemos cubierto en este cuestionario que usted estima importante que nosotros sepamos? _____

Le agradecemos el habernos ayudado a entender mejor a su hijo. Esperamos reunirnos pronto con él y usted.

Esta forma fue completada por _____ Fecha _____

Relación con el niño: _____