



Nombre del Niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Florida Diagnostic & Learning Resources System – South (FDLRS-South)

Paquete de Referido de Child Find

6521 S.W. 62nd Ave. South Miami, Florida 33143

Main Office - Phone: (305) 274-3501

Estimado Padre/Tutor,

Su hijo ha sido referido para una evaluación para determinar si existe una sospecha de retraso en el desarrollo o retraso en el habla/lenguaje. Si se justifica, su hijo será remitido a las Escuelas Públicas del Condado de Miami-Dade para una evaluación adicional. A continuación hay una lista de los documentos que deben completarse y enviarse antes de la evaluación programada.

Complete y proporcione la siguiente lista de documentos a FDLRS-South. Los documentos con un asterisco son necesarios para procesar el caso. Marque las casillas a la izquierda de los documentos listados si va a enviar ese artículo como parte de la referencia.

- Copia del certificado de nacimiento del niño *** *(Si no está disponible, se aceptan pasaporte o certificado de bautismo)*
- Documentación de custodia *** *(Requerido solo si el niño NO está bajo la custodia de un padre biológico)*
- Hoja Principal (adjunto)**
- FDLRS- South Child Find forma de observación para los padres (adjunto)**
- Equipo de Diagnóstico de Prekindergarten Resumen de la Historia Psicossocial del Estudiante (adjunto)**
- Encuesta Sobre el Idioma Hablado en en Hogar (FM # 5196) (adjunto)**
- Carta de Consetimienoto para el Intercambio Mutuo de Información (FM # 2128) (adjunto)**
- Observación de las Conductas de los Estudiantes de Prekindergarten (adjunto)**
(FM # 4140 - Para que el maestro / terapeuta complete si el niño asiste a un centro de educación temprana o recibe terapia)

Documentos Adicionales Importantes de Child Find:

Por favor, envíe copias de los siguientes registros, si están disponibles.

- Registros médicos relevantes (por ejemplo, neurológicos, genéticos, etc.)**
- Informe de la Vista (si realizado en el ultimo año)**
- Audiencia / Informe Audiológico (si realizado en el ultimo año)**
- Informe de Evaluación Psicológica**
- Informe de Evaluación de Habla /Lenguaje**
- Informe de Evaluación de la Conducta**
- Formulario de Audición y historial de salud auditiva**

Los documentos pueden enviarse a FDLRS-South utilizando uno de los siguientes métodos:

- Correo electrónico a la siguiente dirección: FDLRS-South@dadeschools.net
- Correo Postal o entrega a mano - FDLRS-South Child Find, 6521 S.W. 62nd Avenue, Biblioteca Aula 1, Miami,

Si necesita ayuda para completar estos formularios o si tiene alguna pregunta, llame a al 305-274-3501.

Sinceramente,
El Equipo de Child Find de FDLRS-South

<p>ESTA SECCION ES PARA USO DE LA OFICINA DE CHILD FIND SOLAMENTE Complete the following if referral is made by an Agency or School Contact Person: _____ Agency/School: _____ Phone: _____ Fax: _____</p>
--



FLORIDA DIAGNOSTIC & LEARNING RESOURCES SYSTEM-SOUTH
HOJA PRINCIPAL

Elija una ubicación de para la evaluación:

<input type="checkbox"/> Oficina Principal	<input type="checkbox"/> Central	<input type="checkbox"/> Norte	<input type="checkbox"/> Sur
JRE Lee Educational Center 6521 SW 62nd Avenue South Miami, FL 33143	Thena C. Crowder Early Childhood Diagnostic and Special Education Center 757 NW 66 th Street Miami, FL 33150	Robert Renick Educational Center 2201 NW 207 th Street Miami Gardens, FL 33056	Center for International Education 900 NE 23 Avenue Homestead, FL 33033

Fecha: _____ Referido por (nombre): _____

Teléfono de origen de referencia: _____ Correo electrónico: _____

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Sexo: H M Lugar de Nacimiento: _____ Raza: _____

Lenguaje primario: _____ Otro idioma que se habla en casa: _____

Asiste a preescolar: S N En caso afirmativo, nombre de la escuela: _____

Madre/Padre Adoptivo/a Guardián (nombre): _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Contacto Alternativo (nombre): _____ Relación al niño/a: _____

Número de teléfono: _____

Razón del referido (Marque todo lo que corresponda)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Habla (difícil de entender, hablar no es claro) | <input type="checkbox"/> Comportamiento (agresivo, dañarse a sí mismo o a otros, desatento, activo) |
| <input type="checkbox"/> Lenguaje Expresivo (vocabulario hablado limitado) | <input type="checkbox"/> Motricidad fina (sostener, dibujar, agarrar, levantar objetos pequeños) |
| <input type="checkbox"/> Lenguaje Receptivo (no parece entender, dificultad para seguir instrucciones) | <input type="checkbox"/> Motricidad gruesa (torpe, se cae mucho, falta de coordinación o equilibrio) |
| <input type="checkbox"/> Socioemocional (interacción con otros, habilidades sociales) | <input type="checkbox"/> Dificultades de la vista |
| <input type="checkbox"/> Cognición (parece atrasada, dificultad para retener información) | <input type="checkbox"/> Dificultades auditivas |

Diagnostico medico: S N Especificar: _____

Recibe Terapias: Habla/Lenguaje Terapia Física Terapia Ocupacional Comportamiento

Ubicación: _____ Comentarios: _____

PARA USO DE CHILD FIND

Código de lenguaje: _____ K- _____ Información recibida por: _____

Escuela: _____ Ingresado en CHRIS por (iniciales): _____

Cita de Evaluación: _____ DB#: _____

Envíe por correo electrónico el formulario completo a FDLRS-South@dadeschools.net
Contacto: FDLRS-South al 305-274-3501

Florida Diagnostic & Learning Resources System-South (FDLRS-South)
Formulario de Observación de Padres de Child Find

Nombre del Niño: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Edad:** _____
Persona que Completa este Formulario: _____ **Relación con el Niño:** _____ **Fecha:** _____

Instrucciones: Marque el cuadrado al lado del comportamiento que sea motivo de preocupación (deje los cuadrados en blanco si no hay dudas).

1. Comportamientos de Atención

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fácilmente distraído | <input type="checkbox"/> Breve lapso de atención | <input type="checkbox"/> Impulsivo |
| <input type="checkbox"/> Muy activo | <input type="checkbox"/> Dificultad para recordar cosas | <input type="checkbox"/> Necesita mucha atención de los adultos |

2. Comportamientos Perturbadores

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Físicamente agresivo (golpes, empujones, picaduras, pellizcos) | <input type="checkbox"/> Se lastima intencionalmente | <input type="checkbox"/> Verbalmente abusivo (grita, usa lenguaje inapropiado) |
|---|--|--|

3. Indicadores sociales / emocionales

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ansioso / nervioso | <input type="checkbox"/> Parece infeliz | <input type="checkbox"/> Evita la interacción con otros niños |
| <input type="checkbox"/> Se frustra fácilmente | <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para turnarse | <input type="checkbox"/> Se molesta fácilmente |
| <input type="checkbox"/> Repite los comportamientos una y otra vez (balanceo, ritmo, giro) | <input type="checkbox"/> Juega con un juguete una y otra vez durante un período muy largo | <input type="checkbox"/> Lloro frecuentemente |
| <input type="checkbox"/> No se lleva bien con otros niños | <input type="checkbox"/> Tiene rabietas frecuentes | <input type="checkbox"/> Es demasiado temeroso en situaciones nuevas |
| <input type="checkbox"/> Prefiere jugar solo | <input type="checkbox"/> No se lleva bien con los adultos | <input type="checkbox"/> No se involucra en juegos de simulación (alimentar al bebé, hablar por teléfono, etc.) |

4. Habla/Lenguaje

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No sigue instrucciones simples | <input type="checkbox"/> Todavía utiliza un chupete regularmente | <input type="checkbox"/> Tiene dificultad nombrando objetos básicos o personas |
| <input type="checkbox"/> El habla no es comprendida por otros fuera de la familia | <input type="checkbox"/> No habla en oraciones de 3-4 palabras | <input type="checkbox"/> La voz suena diferente de otros niños (áspera, nasal, ronca, aguda, demasiado suave, demasiado fuerte) |
| <input type="checkbox"/> No participa en la conversaciones | <input type="checkbox"/> Tartamudea con los sonidos ("m, m, m, mami"), repite palabras o frases, o se "atasca" en las palabras | <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para entendiendo lo que se le dice |

5. Habilidades Motoras

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Parece torpe o descoordinado | <input type="checkbox"/> A menudo cae, se derrama o golpea las cosas | <input type="checkbox"/> Es inestable al caminar |
| <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para pasar las páginas de un libro de cartón | <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para sostener una botella o taza por sí mismo | <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para sosteniendo un crayón grueso |

6. Habilidades de Autoayuda

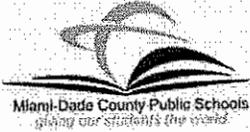
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> No puede alimentarse por sí mismo de forma independiente | <input type="checkbox"/> Tiene accidentes frecuentes de ir al baño durante el día | <input type="checkbox"/> Necesita ayuda para lavarse / secarse las manos |
|---|---|--|

7. Problemas Sensoriales

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Es quisquilloso para comer | <input type="checkbox"/> Sensible al uso de cierta ropa (por ejemplo, calcetines, zapatos, etiquetas de ropa) | <input type="checkbox"/> No tolera grandes multitudes de personas |
| <input type="checkbox"/> Se cubre las orejas al oír ruidos fuertes | | |

8. Otro

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tiene dificultad con los cambios en la rutina | <input type="checkbox"/> Frecuentemente moja la cama | <input type="checkbox"/> Tiene miedos inusuales |
| <input type="checkbox"/> Tiene pesadillas frecuentes | <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para aprender reglas simples | <input type="checkbox"/> Se le ha pedido que se retire de una guardería infantil |
| | <input type="checkbox"/> Camina de puntillas | |
| | <input type="checkbox"/> No responde al nombre cuando se le llama | |



ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO MIAMI-DADE

CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA EL INTERCAMBIO MUTUO DE INFORMACIÓN
(CONSENT FORM FOR MUTUAL EXCHANGE OF INFORMATION)

Fecha _____

Nombre del estudiante _____

Fecha de nacimiento _____ Número de identidad _____

Con la presente carta autorizo el intercambio de información en referencia a mi hijo o mi persona, _____, entre las Escuelas Públicas del Condado de Miami-Dade (MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS) y las siguientes agencias (incluyendo escuelas, médicos, psicólogos, hospitales, clínicas, etc., que han tenido que ver con su hijo/hija):

<u>Nombre</u>	<u>Dirección</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

• Los documentos específicos divulgados conciernen: _____

• La razón de tener estos documentos disponibles es: _____

• **La(s) persona(s) que reciba(n) estos documentos no divulgará(n) la información con otras personas y/o agencias sin su consentimiento.**

Hago constar que soy el padre o tutor legal del niño cuyo nombre se menciona arriba o que soy un estudiante mayor de edad y estoy autorizado para firmar esta carta de autorización.

Nombre Firma

Dirección Ciudad, Estado Código postal

Sírvase devolver esta carta a: _____



MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS
HOME LANGUAGE SURVEY

To Be Completed By Parent or Guardian

Student I.D. No. _____

Student Name _____
Last First Middle

Date of Birth ____/____/____ Grade ____ Parent Language _____ Student Language _____
Month Day Year

Date Entered U.S. School : ____/____/____ Ethnic (Check all that apply) Race: White Black Asian
Month Day Year Hispanic ____ (Y/N) American Indian Native Pacific Islander

If the answer is "YES" to any of these questions, the student must be tested for English proficiency.

1. Is a language other than English used in the home?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. Did the student have a first language other than English?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. Does the student most frequently speak a language other than English?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

School _____ Date _____ Parent/Guardian Signature _____

ESCUELAS PUBLICAS DEL CONDADO DE MIAMI-DADE
ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA HABLADO EN EL HOGAR

Debe ser completado por el/la padre/madre o tutor/a

No. De I.D. _____

Nombre del Estudiante _____
Apellido Nombre Inicial

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Grado ____ Lengua Paterna _____ Idioma del Estudiante _____
Mes Día Año

Fecha de Entrada a la Escuela de los Estados Unidos: ____/____/____ Origen Etnico (Marque todo lo pertinente) Raza: Blanco Negro
Mes Día Año Hispano ____ (S/N) Asiático Indígena de los EEUU Oriundo de las Islas del Pacífico

Si responde "Sí" a alguna de estas preguntas, el estudiante debe tomar un examen para saber cual es su conocimiento del Inglés.

1. ¿Usan en su casa algún otro idioma que no sea el Inglés?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
2. ¿Tuvo el estudiante una lengua materna distinta al Inglés?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
3. ¿Habla el estudiante frecuentemente otro idioma que no sea el Inglés?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Escuela _____ Fecha _____ Firma del Padre/Madre _____

MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS
SONDAJ SOU KI LANG TIMOUN NAN PALE

Pou paran oubyen moun ki responsab timoun nan ranpli

No. I.D. Elèv La _____

Non Elèv la _____
Non fanmi Non

Dat Fèt li ____/____/____ Klas ____ Lang paran Yo _____ Lang Elèv La _____
Mwa Jou Ane

Dat ou Antre U.S. Lekòl: ____/____/____ Etnisite (Tcheke tout sa ki aplike) Ras: Blan Nwa Azyatik
Mwa Jou Ane Espayòl ____ (W/N) Amriken Endyen Natif li Pasifik

Si repons lan se "Wi" pou nenpòt nan kesyon anba yo, elèv la dwe pran yon tès Anglè.

1. Eske yo sèvi ak yon lang ki pa Anglè lakay li?	Wi <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
2. Eske elèv la te genyen yon premye lang anvan Anglè?	Wi <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
3. Eske elèv la abitye pale yon lang ki pa Anglè?	Wi <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Lekòl _____ Dat _____ Siyati Paran _____



FDLRS-South
Resumen de la Historia Psicosocial del Estudiante

		Fecha:
Nombre del Niño:	Fecha de Nacimiento:	Edad:
Escuela:	Nombre de la Persona Completando el Formulario :	
Cuestionario llenado por/ Relación con el niño:	Firma :	
Dirección:	Renta <input type="checkbox"/>	Propietario <input type="checkbox"/>
Teléfono:	Correo electrónico:	

COMPOSICIÓN FAMILIAR

Nombre	Relación al niño	Vive con el niño	Edad	Ocupación
	Madre	Si/No		
	Padre	Si/No		
		Si/No		
		Si/No		
		Si/No		

Lugar de nacimiento del niño: _____ Grupo Etnico de la Familia: _____
 Idioma hablado en la casa: _____
 ¿A que otros idiomas ha estado expuesto el niño? _____
 Estado civil de padres o guardianes: Soltero Casado Separado/divorciado Viudo
 ¿Qué le preocupa de su niño?: _____

HISTORIA EDUCACIONAL

¿Esta el niño asistiendo a una escuela o guarder a infantil?: No
 Si : Nombre de la escuela y fecha de ingreso _____

Describe la experiencia de su niño en la escuela, sus fortalezas y desafíos:

HISTORIA DEL DESARROLLO

Describe el embarazo y el nacimiento del niño, factores de riesgo/dificultades:

 Gestación (meses): _____ Peso al nacer: _____ Dificultades después de nacido: _____

 ¿A qué edad el niño: Caminó: _____ Dijo sus primeras palabras: _____ Habló en frases: _____
 Entrenado para baño?: _____
 ¿Se orina en la cama?: No Si Explique:

HISTORIA MEDICA/SALUD MENTAL DEL NIÑO

Describa historia de enfermedades/ enfermedades crónicas/síndromes:

Alergias a comidas o medicinas: _____

Lesiones/Heridas, Cirugías, Accidentes, Hospitalizaciones: No Si fecha / Explique: _____

Medicinas que está tomando actualmente: _____

Dificultades para comer Si No Dificultades para dormir: Si No Dificultades al hablar o con lenguaje: Si No

Dificultades de la vista: Si No Usa gafas/espeuelos: Si No Dificultades de audición: Si No

¿Ha sido el niño examinado por un neurólogo, psicólogo u otro especialista? No Si Explique: _____

¿Se le ha hecho al niño algunas pruebas de diagnóstico tales como MRI, EEG, etc.? No Si Explique: _____

¿Ha recibido el niño terapia del habla y lenguaje? Si No Si la ha recibido indique lugar y fechas:

¿Ha recibido el niño terapia ocupacional, física, o de comportamiento (ABA)? Si No ; Si las ha recibido, donde y en que fechas: _____

Historial familiar de problemas de aprendizaje/médicos/salud mental: _____

RELACIONES INTERPERSONALES/COMPORTEAMIENTO

Describa el comportamiento general del niño en el hogar: _____

Métodos de disciplina usados en el hogar: _____

Describa las relaciones del niño con otros niños: _____

Intereses y fortalezas del niño: _____

Comportamiento: Se distrae fácilmente: Si No Se frustra fácilmente: Si No Agresivo: Si No

Independiente: Si No Impulsivo: Si No Perretas/rabietas: Si No

Si contestó que sí, explique: _____

EXPERIENCIAS TRAUMATICAS/CAUSANTES DE ESTRES

Ha estado el niño expuesto/afectado por: Separación/Divorcio: Si No

Enfermedades graves o muerte en la familia: Si No

Intervención de la policía o DCF: Si No Eventos catastróficos: Si No Pérdida del hogar, desamparo: Si No

Si contestó que sí, explique: _____

Información Adicional:

M-DCPS: Audición y historial de salud auditiva

HISTORIAL OTOLÓGICO: (Los problemas de oído incluyen, entre otros, infección de oído, dolor de oído, drenaje de oídos, medicamento tomado para un problema de oído, líquido notado por el médico detrás del tímpano, agujero en el tímpano, etc.)

1. ¿Cuántos problemas de oído ha tenido su hijo(a)?

Ninguna ____ 1-2 ____ 3-5 ____ 6-10 ____ 10 o más ____

2. ¿Ha tenido su hijo(a) algún problema de oído en los últimos 6 meses? SI NO

¿Si sí, cuándo? _____ ¿Qué tipo de problema de oído? _____

Se administró medicamento: SI NO

3. ¿Tiene su hijo(a) alguno de los siguientes?

• Goteo frecuente de la nariz: SI NO

• Pitidos o zumbido en los oídos: SI NO

• Resfriados frecuentes o sinusitis: SI NO

• Mareo: SI NO

• Alergias: SI NO

4. ¿Alguien relacionado con el niño(a) ha tenido algún problema de oído? SI NO

¿Quién? (padre, hermano, hermana, primo, etc.) _____

¿Qué tipo de problema de oído?

5. ¿Alguna vez su hijo(a) ha sido visto por un médico de oído, nariz y garganta (ENT)?

SI NO

¿En caso afirmativo, qué médico? _____ ¿Cuándo? _____

6. ¿Alguna vez su hijo(a) se ha sometido a una cirugía de oído? SI NO

En caso afirmativo, describa:

7. ¿A su hijo(a) le ha hecho una prueba de audición previamente un audiólogo? SI NO
¿En caso afirmativo, por quién? _____ ¿Cuándo? _____
¿Cuáles fueron los resultados?

8. ¿Tiene su hijo(a) alguna pérdida auditiva permanente? SI NO
En caso afirmativo, describa:

¿Alguna vez su hijo(a) ha usado amplificación? SI NO
En caso afirmativo, ¿es el uso actual o cuándo se usaron por última vez?

****SI TIENE UNA EVALUACIÓN AUDIOLÓGICA ANTERIOR DENTRO DE UN AÑO, POR FAVOR ENVÍELA AL DEPARTAMENTO DE AUDIOLOGÍA PARA SU REVISIÓN ANTES DE SU CITA****



Miami-Dade County Public Schools
OBSERVACION DEL COMPORTAMIENTO DEL ESTUDIANTE DE PREKINDERGARTEN

Nombre del Estudiante _____	Fecha de Nacimiento _____	Edad _____
Observador _____	Escuela _____	

Para completar por la(s) maestra(s) o terapeuta(s) del niño. Por favor marque los comportamientos que ocurren con más frecuencia que lo usual para niños de la misma edad. Si ningún comportamiento le preocupa, marque "Apropiado para su edad."

I. Atención

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Se distrae fácilmente
<input type="checkbox"/> Presta atención por muy poco tiempo
<input type="checkbox"/> Es impulsivo
<input type="checkbox"/> Necesita ayuda de un adulto para permanecer concentrado en una tarea
<input type="checkbox"/> Necesita demasiada atención de la maestra | <input type="checkbox"/> Se molesta/enoja cuando se cambian los planes
<input type="checkbox"/> Es demasiado activo/hiperactivo
<input type="checkbox"/> Le es difícil recordar cosas
<input type="checkbox"/> Parece estar "soñando despierto" o estar pensando en otras cosas
<input type="checkbox"/> Apropiado para su edad |
|--|---|

II. Comportamientos Inapropiados o que Interrumpen al Grupo

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Discute con frecuencia
<input type="checkbox"/> Es agresivo físicamente (pega, pateo, rompe cosas, etc.)
<input type="checkbox"/> Se hace daño a sí mismo e.g. _____ | <input type="checkbox"/> Es agresivo verbalmente
<input type="checkbox"/> Intimida o controla por la fuerza a sus compañeros
<input type="checkbox"/> Apropiado para su edad |
|---|--|

III. Indicadores de Ansiedad/Tristeza

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Es retraído
<input type="checkbox"/> Es ansioso/nervioso
<input type="checkbox"/> Parece descontento, triste
<input type="checkbox"/> Se enferma cuando se enoja, se preocupa, o se frustra | <input type="checkbox"/> Se siente abrumado o agobiado fácilmente
<input type="checkbox"/> Lloro fácilmente, en momentos inapropiados
<input type="checkbox"/> Su estado de ánimo muestra cambios inapropiados
<input type="checkbox"/> Apropiado para su edad |
|---|---|

IV. Lenguaje/Habla

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para comprender instrucciones u órdenes
<input type="checkbox"/> Tiene dificultad para nombrar personas u objetos
<input type="checkbox"/> Tiene dificultad para hablar usando oraciones completas
<input type="checkbox"/> Tiene dificultad para sostener el tópico de la conversación
<input type="checkbox"/> Es difícil comprender lo que dice | <input type="checkbox"/> Tartamudea con frecuencia (e.g. m,m,m,muchos), repite palabras, frases o "se traba" al tratar de decir palabras
<input type="checkbox"/> Tiene la voz ronca o nasal
<input type="checkbox"/> Apropiado para su edad |
|--|--|

V. Social/Emocional

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para controlarse a sí mismo al frustrarse
<input type="checkbox"/> Tiene dificultad para compartir con otros niños
<input type="checkbox"/> Muestra comportamientos repetitivos e.g. _____
<input type="checkbox"/> Se enoja o frustra fácilmente
<input type="checkbox"/> Muestra reacciones inusuales a estímulos sensoriales (e.g. luces, sonidos, olores, sabores, etc.) | <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para jugar con grupos de niños
<input type="checkbox"/> Evita la interacción con otros niños
<input type="checkbox"/> Le dan perretas/pataletas ¿Cuánto duran?: _____
<input type="checkbox"/> Tiene dificultad para esperar su turno
<input type="checkbox"/> No utiliza la imaginación o la fantasía al jugar
<input type="checkbox"/> Apropiado para su edad |
|--|--|

VI. Coordinación Motriz Gruesa y Fina

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Muestra poca estabilidad al caminar
<input type="checkbox"/> Muestra poca coordinación muscular
<input type="checkbox"/> Tiene dificultad para utilizar un lápiz o crayón | <input type="checkbox"/> Con frecuencia se le caen objetos, los tumba, o se le derraman líquidos
<input type="checkbox"/> Apropiado para su edad |
|--|---|

VII. Actividades Cotidianas

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Con frecuencia tiene "accidentes" en vez de ir al baño
<input type="checkbox"/> Necesita ayuda para lavarse y secarse las manos | <input type="checkbox"/> Necesita ayuda para comer e.g. _____
<input type="checkbox"/> Apropiado para su edad |
|---|--|

Comentarios / Areas que le preocupan: _____

Firma _____ **Fecha** _____