



# Hayward Unified School District

*Dr. Jason Reimann, Superintendent*

---

## Paquete de registro Pre K

**Departamento de Educación Especial**

**(510) 784-2600 ex 72611**

Visite [www.husd.us/enroll](http://www.husd.us/enroll) y siga los pasos 1 a 4 para inscribirse

- Responda todas las preguntas en el formulario del cuestionario para padres.
- Si la pregunta no se aplica a su estudiante, escriba NA en ese campo.
- Cargue el cuestionario para padres en su registro en línea
- Una vez que se complete su registro en línea, programe su cita de inscripción en el Paso 3 @ [www.husd.us/enroll](http://www.husd.us/enroll)

**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  
dificil 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: \_\_\_\_\_