

Formulario de Cuestionario del Cuidador

Por favor responda todas las preguntas en este formulario de la mejor manera que pueda.

Sus respuestas en este formulario ayudarán al personal de preescolar a decidir qué clase de programa educativo es el mejor para su niño/a.

Este cuestionario es confidencial y sus respuestas serán compartidas solamente con personal profesional.

Nombre del Niño/a _____ Fecha de Hoy _____

Dirección: _____

Masculino__ Femenino__ Fec. de Nac. _____ Lugar de Naci. _____

Número de Teléfono: Casa _____ Celular _____

Nombre de la(s) Persona(s) _____ Parentesco
Que Llenan el Formulario _____ con el Niño: _____

Correo Electrónico del Cuidador: _____

1. Historial de la Escuela del Niño/a

¿Ha su hijo asistido a la escuela anteriormente? _____ sí _____ no

En caso afirmativo, nombre de la escuela _____

Fechas de la asistencia (mes/año) _____ hasta _____

Número de días por semana: ____2 ____3 ____4 ____5 ____Tiempo Completo ____Medio Tiempo

¿Alguna experiencia escolar adicional? _____

2. Estado del Niño/a en la Familia

_____ mayor _____ medio _____ más joven _____ único

Otros niños en la familia:

_____	edad _____	escuela _____
_____	edad _____	escuela _____
_____	edad _____	escuela _____

¿Ha experimentado alguno de sus niños dificultades en la escuela?

Nombre	Escuela	Área de Dificultad
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Ha tenido algún miembro de la familia o pariente cercano dificultad en la escuela?

En caso afirmativo, Parentesco _____ Naturaleza de la Dificultad _____

3. Cuidador

Nombre del Cuidador #1 _____ Ocupación _____

Lugar de Trabajo _____ Teléfono _____

Correo Electrónico: _____

Nombre del Cuidador #2 _____ Ocupación _____

Lugar de Trabajo _____ Teléfono _____

Correo Electrónico: _____

Idioma Principal hablado en el hogar: _____

Otras personas que residan en el hogar:

Nombres _____

Parentesco(s) _____

¿Ha habido algún evento extraordinario en el hogar? (Enfermedad, mudanzas, muertes, desastres, cambio en la familia)

¿Algún problema de salud familiar o parental grave? _____

4. Información Médica Básica

Nombre del Doctor _____ Teléfono _____

Dirección _____

¿Ha su hijo alguna vez tenido alguna revisión o tratamiento de oído/ocular?

_____ si _____ no si fue así, ¿Cuándo? _____

Doctor _____ Resultados _____

¿Alguna infección de oído? _____ si _____ no De ser afirmativo, _____ infrecuente (2-3 veces por año)
_____ Frecuente(4 o más por año)
_____ Prolongado(10 días - 2 semanas)

Fechas de la infección de oído _____

¿Sospecha usted de algún problema auditivo? _____ sí _____ no

Su niño/a:

¿Parece tener alguna dificultad auditiva?	Sí	No
¿Le sube el volumen al Televisor más alto que los otros miembros de la familia?	Sí	No
¿Parece que favorece un oído sobre el otro?	Sí	No
¿Salta o parece sobresaltado más que otros si hay algún sonido de repente?	Sí	No
¿Parece que lo escucha si le susurra?	Sí	No
¿Le hace hablar alto o repetir frecuentemente?	Sí	No

¿Ha su hijo alguna vez tenido alguna revisión o tratamiento de visión? _____ sí _____ no

De ser afirmativo, ¿cuándo? _____ Doctor _____

Resultados _____

¿Sospecha usted de algún problema de visión? _____ sí _____ no

Su niño/a:

¿Parece tener dificultades viendo líneas o imágenes pequeñas?	Sí	No
¿Parece tener un problema viendo objetos a la distancia?	Sí	No
¿Entrecierra los ojos?	Sí	No
¿Usa gafas?	Sí	No
¿Tiene los ojos hacia adentro?	Sí	No
¿Tienes los ojos hacia afuera?	Sí	No

¿Se sienta muy cerca del Televisor?	Sí	No
¿Se frota los ojos con frecuencia?	Sí	No

¿Cuál es la edad apropiada a la que su niño/a habló?: _____

Primeras Palabras _____ 2 o 3 palabras juntas _____ Oraciones _____

¿A qué edad su niño/a empezó a caminar?
 Dé una edad apropiada si no recuerda la edad exacta: _____

¿Siente que su niño/a tiene una coordinación adecuada de músculos grandes? ____sí ____no

¿Se ha dado cuenta, o ha reportado su doctor, de cualquier condición en su niño de las listadas a continuación?

	Asma		Desorden del Sueño		Fiebres Frecuentes
	Alergias (tipo)		Lesión de Cabeza		Alergias a Alimentos (especificar)
	Diarrea		Diabetes		Oído Crónico Infecciones
	Vomito		Problemas Médicos Inmediatamente después del Nacimiento		Estómago Crónico Problemas
	Dolores de Cabeza		Hiperactividad		Epilepsia (convulsiones)
	Problemas nasales		Problemas Cardiacos		

Comentarios: _____

Por favor marque *Si*, *A Veces*, *No* o *No estoy Seguro* para cada una de las siguientes afirmaciones:

	Sí	A veces	No	No estoy Seguro
Tiene compañeros de juegos regulares de la misma edad				
Tiene dificultad llevándose bien con otros niños				
Tiene dificultad expresándose el mismo				
Prefiere jugar con otros niños en vez de solo				
Es difícil de entender cuando habla				
Parece usualmente feliz				
Se irrita o se pone de mal genio frecuentemente				
Le da rabia los cambios en la rutina				

NUESTRA MISIÓN: Asegurar los logros estudiantiles a través de la excelencia en la enseñanza y aprendizaje.

Demanda mucha atención adulta individual				
Acepta la disciplina y los límites				
Se confunde al seguir más de dos indicaciones verbales al tiempo				
Tiene dificultades recordando cosas a corto plazo				
Tiene dificultades recordando cosas a largo plazo				
Se frustra fácilmente				
Llora fácilmente				
Coopera por voluntad propia				
Tiene un mal temperamento				
Puede usar un tenedor y una cuchara sin ayuda				
Puede agarrar una pelota que se le lanza				
Disfruta de actividades físicas				
Pierde el equilibrio, se tropieza y cae				
Tiene dificultades para correr				
Está lidiando con estrés familiar, tales como enfermedad, muerte o separación				

¿De qué edad son los compañeros de juego favoritos de su niño/a? _____

Aproximadamente, ¿Cuántas horas a la semana ve su niño/a televisión? ____ Tiempo de pantalla: ____

¿Qué clase de cosas le gusta a usted hacer con su niño/a? _____

¿Tiene alguna preocupación especial sobre su niño/a? _____

¿Tiene su niño/a entrenamiento para ir al baño? _____

¿Hay alguna información que nos ayudaría a entender a su niño/a de una mejor manera?

Otros problemas físicos o enfermedades serias (explicar) _____

Peso del Niño/a al Nacer _____ lb. _____ oz.

Consideraciones Especiales

_____ Cesárea _____ Prematuro

_____ Cordón al rededor del cuello _____ De nalgas _____ Multiple~1^{er} nacido, 2^{do} nacido, 3^{er} nacido

_____ Bebe azul _____ Ictericia _____ Fertilización In Vitro (FIV)

Cuidado Especial

_____ Oxígeno (cuánto tiempo) _____

_____ Incubadora (cuánto tiempo) _____

_____ Hospitalización (cuánto tiempo) _____

_____ Convulsiones o pérdida de la conciencia? _____

¿Está su niño/a actualmente bajo alguna medicación? _____ ¿Cuál?

¿Ha tenido su niño/a alguna herida importante u hospitalización? _____

¿Ha tenido su niño/a necesidades de Educación Especial en el pasado o actualmente?

¿Participa en alguno de los siguientes programas? (Por favor seleccione)

_____ Seguridad Social _____ Medicaid _____ Asistencia Pública

_____ Cupones para Alimentos _____ Programa Especial de Nutrición Suplementaria para
Mujeres, Bebés y Niños (WIC)

Muchas gracias por su cooperación llenando este cuestionario.

Yo también doy permiso al personal de precolar para tomar una fotografía de mi niño/a, para mantener en sus archivos durante el proceso de admisión de preescolar.

Nombre _____

Fecha _____

Por favor, regresar esta aplicación completa a la oficina principal de la Escuela Primaria North Pembroke a más tardar a las 2:00 PM del Viernes, Febrero 16, 2024.