



DEFINING EXCELLENCE
DEFINIR LA EXCELENCIA

Preparación sugerida para la evaluación en la segunda infancia

- Esta evaluación es una instantánea de su hijo/a participando en diversas actividades. Hable con su hijo/a sobre la evaluación antes de la cita. Cuénteles a su hijo/a con anticipación que él/ella estará jugando y hablando con un/a maestro/a o personal de enfermería y que usted estará con él/ella mientras juega con el/la maestro/a o el personal de enfermería.
- **Complete la documentación adjunta y llévela a la cita** en caso de que la evaluación sea presencial. Para las citas de evaluación virtual, envíe un correo electrónico, entregue o envíe por correo postal TODA la documentación antes de la cita. (Consulte la información de contacto que se detalla a continuación).
- **Traiga o envíe una copia de la cartilla de vacunación más reciente de su hijo/a para el distrito.**
- **Traiga o envíe una copia del certificado de nacimiento de su hijo/a o un pasaporte/visado o un documento oficial del tribunal/gobierno de EE. UU. que indique el nombre completo legal y la fecha de nacimiento de su hijo/a. El distrito conservará esta copia.**
- **No traiga a los/las hermanos/as a la evaluación.**
- El proceso completo lleva aproximadamente 45 minutos. Le pedimos que llegue entre 5 y 10 minutos antes para completar la documentación adicional.

Evaluación en la segunda infancia de Edina
ELC
5701 Normandale Road, Suite 165
Edina MN 55424

(Aparque en el estacionamiento rojo e ingrese por la puerta n.º 3 sobre el lado norte del edificio).

Affey Sigat
Supervisor de alcance del centro de aprendizaje en la segunda infancia
Teléfono: 952-848-8385
Correo electrónico: ecscreening@edinaschools.org

Registro para la evaluación en la segunda infancia

INFORMACIÓN GENERAL E INSTRUCCIONES: El padre, la madre o el tutor del menor debe completar la página uno del formulario de registro. Solo el personal del distrito escolar debe completar la página dos. Complete en letra imprenta o de manera electrónica.

Nombre legal del menor: _____
(Primer nombre, segundo nombre, apellido)

Apodo u otro nombre del menor: _____
(Primer nombre, segundo nombre, apellido)

Fecha de nacimiento del menor: _____ **Sexo:** Masculino Femenino

Padre/madre/tutor n.º 1 _____ **Teléfono:** _____ **Casilla de correo:** _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

Padre/madre/tutor n.º 2 _____ **Teléfono:** _____ **Casilla de correo:** _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____

A continuación, complete la pregunta estatal sobre raza/origen étnico: India americana: Persona descendiente de alguno de los pueblos originarios de América del Norte y que mantiene identificación cultural a través de la afiliación tribal o el reconocimiento comunitario. (elija UNA opción)

NO es india americana

Sí es india americana

A continuación, complete las preguntas federales sobre raza/origen étnico: Puede elegir más de una respuesta en la Parte B. Consulte la parte superior de la página dos para conocer los detalles sobre cómo completar esta sección.

***Parte A:** ¿El menor es hispano/latino? (elija UNA opción)

NO es hispano/latino

Sí es hispano/latino

***Parte B:** ¿De qué raza es su hijo/a? (elija la opción que corresponde)

India americana/Nativa de Alaska

Asiática

Negra/Afroamericana

Nativa de Hawái/Isleña del Pacífico

Blanca

INFORMACIÓN DE LAS EVALUACIONES DE SALUD Y DESARROLLO PREVIAS

¿Su hijo/a recibió una evaluación de salud y desarrollo integral cuando asistía a preescolar (3-5 años)?

Sí NO Si la respuesta es afirmativa, indique las fechas de las evaluaciones: _____
Ubicación: _____

¿Alguna vez se evaluó a su hijo/a para recibir educación especial o alguna vez recibió servicios de educación especial a través del Programa de Educación Individualizada (IEP) o el Plan de Servicios Familiares individualizados (IFSP)?

Sí NO

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR

Por la presente verifico que la información anterior es verdadera y actual a mi leal saber y entender.

Firma de padre/madre/tutor _____

Fecha _____

Encuesta sobre los idiomas de Minnesota

En Minnesota viven personas que hablan más de 100 idiomas diferentes. Se valora la capacidad de hablar y entender varios idiomas. El distrito escolar utilizará la información que proporcione para determinar si su estudiante es multilingüe. En Minnesota, los estudiantes multilingües pueden obtener un Sello Multilingüe tras una evaluación posterior. Además, la información que proporcione determinará si su estudiante debe realizar una prueba de dominio del idioma inglés. En función de los resultados de la prueba, es posible que su hijo/a tenga derecho a recibir clases de desarrollo de la lengua inglesa.

Las legislaciones federales y estatales exigen el acceso a la instrucción. Como padre, madre o tutor, usted tiene el derecho de rechazar las clases de Aprendiz del idioma inglés en cualquier momento. Todos los estudiantes inscritos deberán recibir la encuesta sobre los idiomas de Minnesota durante el proceso de inscripción. La información solicitada en este formulario es importante para que podamos atender a su estudiante. Le agradecemos enormemente su ayuda para completar la encuesta sobre los idiomas de Minnesota.

Información del estudiante	
Nombre completo del estudiante: (Apellido, primer nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento o número de identificación del estudiante:

	Marque la frase que mejor describe a su estudiante:	Indique los idiomas distintos del inglés en el espacio correspondiente:
1. Mi estudiante primero aprendió:	<input type="checkbox"/> idiomas distintos del inglés. <input type="checkbox"/> inglés e idiomas distintos del inglés. <input type="checkbox"/> solo inglés.	
2. Mi estudiante habla:	<input type="checkbox"/> idiomas distintos del inglés. <input type="checkbox"/> inglés e idiomas distintos del inglés. <input type="checkbox"/> solo inglés.	
3. Mi estudiante entiende:	<input type="checkbox"/> idiomas distintos del inglés. <input type="checkbox"/> inglés e idiomas distintos del inglés. <input type="checkbox"/> solo inglés.	
4. Mi estudiante tiene una interacción constante en:	<input type="checkbox"/> idiomas distintos del inglés. <input type="checkbox"/> inglés e idiomas distintos del inglés. <input type="checkbox"/> solo inglés.	

El uso del idioma solamente no identifica a su estudiante como un aprendiz del idioma inglés. Si se indica otro idioma distinto del inglés, se evaluará a su estudiante en cuanto al dominio del idioma inglés.

Información del padre/madre/tutor	
Nombre del padre/madre o tutor (en letra imprenta): _____	
Firma del padre/madre/tutor: _____	Fecha: _____

* Todos los datos de este formulario son confidenciales. Solo se compartirán con el personal del distrito que necesite la información para atender mejor a su estudiante y para los informes que se requieran legalmente sobre la lengua materna y la elegibilidad de servicios al Departamento de Educación de Minnesota. En el distrito y en el Departamento de Educación de Minnesota, esta información no se compartirá con otras personas o entidades, excepto si están autorizadas por la legislación estatal o federal a acceder a la información. El cumplimiento de esta solicitud de información es voluntario.

Instrucciones y definiciones para las preguntas sobre raza/origen étnico de la Parte A y la Parte B

La pregunta para la Parte A se refiere al origen étnico, no a la raza. Independientemente de lo que se seleccione en la Parte A, pida al padre/madre que sigan respondiendo a la pregunta de la Parte B indicando la raza del menor con una marca en una o varias casillas.

India americana o nativa de Alaska: persona descendiente de cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y del Sur (incluida América Central) y que mantiene afiliación tribal o vínculo comunitario.

Asiática: persona descendiente de cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, el Sudeste Asiático o el subcontinente indio, incluidos, por ejemplo, Camboya, China, India, Corea, Malasia, Paquistán, Filipinas, Tailandia y Vietnam.

Negra o afroamericana: persona descendiente de cualquiera de los grupos raciales negros de África.

Hispana/latina: persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano o de otra cultura española, independientemente de la raza.

Nativa de Hawái u otra isleña del Pacífico: persona descendiente de cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

Blanca: persona descendiente de cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Medio Oriente o el Norte de África.

PARA COMPLETAR POR EL PERSONAL DEL DISTRITO ESCOLAR ÚNICAMENTE

Número y tipo de distrito de la evaluación: 273

Fecha de la evaluación: _____ Nombre del distrito de la evaluación: Escuelas Públicas de Edina

Nombre del distrito de residencia del menor: _____

Número y tipo de distrito de la evaluación del residente: _____

Número de identificación MARSS: 273

Marque el tipo de evaluación que recibió el menor: CATEGORÍA DE AYUDA ESTATAL (SAC)
(Para completar por el coordinador de la evaluación en la segunda infancia)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 41: Evaluación por el distrito | <input type="checkbox"/> 44: Proveedor privado |
| <input type="checkbox"/> 42: Exámenes médicos para niños y adolescentes/EPST | |
| <input type="checkbox"/> 43: Programa Head Start evaluación | <input type="checkbox"/> 45: Objeto de conciencia, sin |

Marque el tipo principal de derivación tras la evaluación de salud y desarrollo en la segunda infancia utilizando los CÓDIGOS DE ESTADO FINAL (SEC). Se debe marcar solo una casilla. Se debe tener un SEC válido de la CATEGORÍA DE AYUDA ESTATAL (SAC) 41. Si no está seguro del estado de derivación para SAC 42-44, utilice SEC 60 "sin derivación". (Para completar por el coordinador de la evaluación en la segunda infancia).

Códigos de estado final:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 60: Sin derivación | <input type="checkbox"/> 64: Derivación a programas de segunda infancia |
| <input type="checkbox"/> 61: Derivación a educación especial | (Preparación escolar, programa Head Start, Educación familiar en la segunda infancia, alfabetización familiar) |
| <input type="checkbox"/> 62: Derivación al proveedor de atención médica | <input type="checkbox"/> 65: Se ofreció derivación; el padre/madre la rechazaron |
| <input type="checkbox"/> 63: Derivación a educación especial Y al proveedor de atención médica | <input type="checkbox"/> 66: Se planificó la repetición de la evaluación |

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN POR PARTE DEL DISTRITO ESCOLAR

Por la presente verifico que la información anterior es verdadera y actual a mi leal saber y entender.



Firma del coordinador de la evaluación en la segunda infancia del distrito escolar

Fecha

HISTORIAL DE SALUD Y DESARROLLO INFANTIL (3-6 AÑOS)

Nombre del menor: _____ M F Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

(Para uso exclusivo de la oficina)

Otro número de identificación MARSS: _____ Idiomas que se hablan en el hogar: _____

Nombres del padre/madre o tutor: _____

Persona que completa el formulario: _____ Fecha: _____

¿Con qué frecuencia su hijo/a visita a un médico o personal de enfermería? _____

Fecha del último control de rutina de su hijo/a: _____

¿Con qué frecuencia su hijo/a visita a un dentista? _____

Fecha del último control odontológico: _____

Fecha del último examen integral de la visión (ojos) de su hijo/a en el caso de haberlo realizado: _____

El examen integral de la visión lo realiza un optometrista u oftalmólogo.

¿Cuenta su hijo/a con seguro médico? Sí No Solicitado

Marque las casillas si usted o su hijo/a utiliza, si es el caso, lo siguiente:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Educación familiar en la segunda infancia | <input type="checkbox"/> Exámenes médicos para niños y adolescentes | <input type="checkbox"/> Centro de atención pediátrica |
| <input type="checkbox"/> Educación especial en la segunda infancia | <input type="checkbox"/> Prekínder en la escuela | <input type="checkbox"/> Atención de familiares o vecinos |
| <input type="checkbox"/> Programa Follow Along | <input type="checkbox"/> Preescolar privado | <input type="checkbox"/> Biblioteca |
| <input type="checkbox"/> Educación para padres | <input type="checkbox"/> Head Start | <input type="checkbox"/> Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) |
| <input type="checkbox"/> Parques y programas de recreación | <input type="checkbox"/> Familia de acogida | <input type="checkbox"/> Banco de alimentos |

SALUD

Marque las inquietudes que correspondan a su hijo/a y describa:

- Alergias: alimentos medicamentos animales/insectos polvo/moho estacional _____
- Toma medicamentos, productos a base de hierbas o vitaminas: _____
- Visitas a especialistas médicos, hospitalizaciones o cirugías: _____
- Lesiones o enfermedades graves, visita a la sala de emergencias. Motivo y fecha: _____
- Lesiones en la cabeza (¿perdió el conocimiento?) _____
- Intoxicación por plomo; indique el nivel si lo conoce: _____
- Dificultad para respirar, tos o asma: _____
- Problemas en la piel o urticarias: _____
- Convulsiones, episodios de ausencia: _____

- Problemas de la vista o usa anteojos: _____
- Tubos auditivos (de ecualización de presión) o problemas de audición: _____
- Dientes: una o más caries: _____
- Problemas alimentarios, estomacales o constipación: _____
- Problemas de salud mental como ansiedad, depresión o desórdenes de atención: _____
- Adoptado. En caso de respuesta afirmativa, a qué edad: _____
- Problemas durante el embarazo o el parto: _____
- Nació más de tres semanas antes o después de la fecha de parto _____ cant. de semanas al nacer.
Peso al nacer: _____
- Después del parto, permaneció en el hospital más tiempo que la madre; motivo: _____
- ¿Es posible que antes de saber que estaba embarazada haya tomado medicamentos, alcohol, fumado o consumido drogas ilícitas? _____
- Enumere cualquier otra preocupación _____

Marque cualquier problema de salud familiar (padres o hermanos/as del menor):

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas de atención | <input type="checkbox"/> Problemas de visión | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Alergia | <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Problemas de crecimiento |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Trastornos de salud mental | <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Sordera/problemas de audición | <input type="checkbox"/> Anemia/rasgo drepanocítico | <input type="checkbox"/> Otros problemas de salud |

RUTINAS DIARIAS DEL MENOR

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Se acuesta a las _____ p. m. Se levanta a las _____ a. m. | <input type="checkbox"/> Hace 60 minutos o más de ejercicio por día |
| <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido/a | <input type="checkbox"/> No PUEDE hacer o no HACE 60 minutos de ejercicio |
| <input type="checkbox"/> Toma una siesta: de _____ a _____ | <input type="checkbox"/> Tiempo de TV/video juegos/pantalla: horas por día |

Todos los días come algunos alimentos de los siguientes grupos alimenticios:

- 5-9 porciones de frutas/verduras: naranjas, manzanas, bananas, mangos, frutos rojos, espinaca, elotes, guisantes
- 3 porciones de alimentos ricos en calcio: leche, queso, yogur, leche de soya, tofu
- 2-3 porciones de alimentos ricos en hierro: pescado, ave, carne de res, frijoles, legumbres, huevos
- 3 o más porciones: granos integrales: pan de trigo integral, cereal, arroz integral, tortillas, galletas saladas, pasta
- Más de una porción de golosinas, bebidas frutales o comida chatarra por día

En los últimos 12 meses, nos preocupaba quedarnos sin comida antes de poder comprar más sí no

En los últimos 12 meses, no alcanzó la comida que compramos y no teníamos dinero para comprar más sí no

SEGURIDAD EN EL HOGAR

Situación actual con respecto a la vivienda:

- Inquilino o propietario En casa de amigos o familiares
 Hotel o motel Refugio de emergencia/vivienda transitoria
 Sin refugio (coches, parques y campings; albergues temporales)

¿Su hijo/a vive o juega en un hogar o edificio construido antes de: 1978 remodelado en los últimos 5 años?

¿Alguna de las personas que vive en el hogar o que cuida a su hijo/a:

- consume tabaco/fuma consume alcohol tiene un arma (utiliza seguro de protección)?

¿Le preocupa que su hijo/a esté expuesto a:

- violencia drogas ilícitas condiciones inseguras?

¿Tiene usted o su hijo/a lo siguiente:

- asiento para automóvil cascos para bicicletas detector de humo
 detector de monóxido de carbono?

APRENDIZAJE

Mi hijo/a aprendió a hacer cosas a la misma edad que los demás niños (sentarse, levantarse, caminar, ir al baño, etc.).

De lo contrario, explique lo siguiente:

Mi hijo/a necesita ayuda para:

- ir al baño hacer actividades/trasladarse vestirse
 alimentarse (¿necesita ayuda para comer naranjas/tomar leche?)

Otro: _____

Marque cualquiera de las siguientes opciones:

- Dice los números del 1 al 10. Entiende a los demás.
 Tiene dificultades para hablar o entender. Es capaz de seguir instrucciones.
Tiene problemas para que lo entiendan los demás.
 Juega de diversas formas. Parece torpe al usar las manos. Camina o corre con dificultad (se cae).

Consentimiento de la evaluación en la segunda infancia

Nombre del menor: _____ Fecha de nacimiento: _____
(Para uso exclusivo de la oficina)

Otro número de identificación MARSS: _____ Nombres del padre/madre o tutor: _____

La evaluación del desarrollo en la segunda infancia ayuda al distrito escolar a identificar a los niños que pueden beneficiarse de los recursos del distrito y de la comunidad disponibles para ayudarles en su desarrollo. La evaluación del desarrollo en la segunda infancia incluye un examen de la visión para detectar problemas oculares, pero no reemplaza un examen oftalmológico integral. Esta evaluación no reemplaza la atención en curso por parte de su proveedor de atención médica o dentista. Los datos recopilados de la evaluación son confidenciales, por lo que solo pueden ser compartidos con las personas que figuran en la divulgación de información; el personal del distrito escolar con una necesidad educativa legítima de conocer la información; por orden judicial; o con otros según lo requiera la ley, incluido el auditor estatal o legislativo.

A. Esta evaluación incluye lo siguiente:

- Revisión de la cartilla de vacunación de su hijo/a.
- Control del crecimiento de su hijo/a, como el peso y la estatura.
- Control para determinar posibles problemas de audición.
- Control de la salud ocular, incluida la prueba de agudeza visual.
- Revisión de los factores que podrían afectar la salud, el crecimiento, el desarrollo o el aprendizaje de su hijo/a.
- Control del desarrollo de su hijo/a.
- Su informe del crecimiento y aprendizaje de su hijo/a incluido el estado emocional y conductual.
- Información acerca de la atención médica y el seguro de salud de su hijo/a.
- Información acerca de los recursos y programas comunitarios según las necesidades de su hijo/a o su familia.

B. Si esta evaluación es un examen médico para niños y adolescentes, un programa Head Start u otra evaluación equivalente, es posible que también incluya lo siguiente:

- Control del estado de salud actual y pasado de su hijo/a o de otros familiares.
- Control de la presión arterial de su hijo/a.
- Examen físico de pies a cabeza.
- Control de los dientes, las encías y la boca de su hijo/a.
- Control para determinar el riesgo de tuberculosis.
- Análisis de sangre para detectar anemia.
- Análisis de sangre para detectar plomo.
- Otro _____

Derechos, obligaciones y garantías del menor y el padre/madre

1. Las normas para la evaluación son las mismas para todos los niños independientemente de la raza, los ingresos, el credo, el sexo, la nacionalidad o las creencias políticas.
2. La evaluación es un requisito para el ingreso de su hijo/a al kínder o a primer grado. También puede cumplir con este requisito si su hijo/a participó en una evaluación el año pasado a través de Head Start, exámenes médicos para niños y adolescentes, o una evaluación del desarrollo equivalente a través de otro proveedor de atención médica que incluya todos los componentes obligatorios de la evaluación en la segunda infancia. Usted o su proveedor deberá proporcionar los resultados resumidos de la evaluación equivalente al distrito escolar de su hijo/a.
3. La evaluación no es necesaria para el ingreso de hijo/a al kínder o a primer grado si usted es un objetor de conciencia con respecto a la evaluación. Deberá brindar una declaración escrita al distrito escolar de su hijo/a que documente su estado de objetor de conciencia.
4. Tiene derecho a negarse a responder preguntas o proporcionar información y, aun así, recibir el resto de los componentes de la evaluación requeridos.
5. Tiene derecho a rechazar una evaluación, un diagnóstico y un posible tratamiento para su hijo/a.
6. La elegibilidad para la asistencia médica o para otros programas de salud, educación o servicio social por parte de su hijo/a no se verá afectada por negarse a aceptar esta evaluación o cualquiera de sus partes.

Otorgo el permiso para que se realice la evaluación de salud y desarrollo infantil marcada abajo para:

Nombre del menor: _____

Marque una opción:

- Completar la evaluación como se describe anteriormente en el punto A.**
- Completar la evaluación como se describe anteriormente en el punto A y B.**
- Evaluación descrita anteriormente excepto:** _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____ Relación con el menor: _____

Publicación de información de la evaluación en la segunda infancia

Nombre del menor: _____ Fecha de nacimiento: _____

(Para uso exclusivo de la oficina)

Otro número de identificación MARSS: _____ Nombres del padre/madre o tutor: _____

_____ (Esta organización) utiliza la información de la evaluación de salud y desarrollo infantil para identificar los problemas posibles que podrían interferir con la salud, el crecimiento, el desarrollo o el aprendizaje de su hijo/a. De conformidad con la legislación de Minnesota, los resultados de la evaluación se consideran datos confidenciales. Esto significa que no se pueden publicar ni debatir con ninguna persona los resultados sin su consentimiento. Si se niega a que se publique esta información, ello no afectará la elegibilidad de su hijo/a para recibir asistencia médica u otro programa de salud, educación o servicio social. Los datos resumidos sobre grupos de niños que no incluyen información sobre un niño en particular pueden publicarse sin su consentimiento.

La información de la evaluación de su hijo/a puede utilizarse para siguientes fines:

1. Obtener servicios de seguimiento para su hijo/a después de la evaluación, si opta por participar.
2. Organizar otra evaluación de la salud, el crecimiento, el desarrollo o el aprendizaje de su hijo/a, si opta por participar.
3. Cumplir con los requisitos para que su hijo/a ingrese a la escuela pública o a los programas de Becas de Aprendizaje Temprano, Preparación Escolar o Prekínder Voluntario.
4. Evaluar los programas de evaluación por parte de los Departamentos de Educación, Salud y Servicios Humanos de Minnesota. No se identificará el nombre de su hijo/a en ninguno de los resultados de la evaluación.
5. Desarrollar programas educativos adecuados que satisfagan las necesidades del estudiante y diseñar programas de educación sanitaria adecuados para el distrito.
6. Planificar los programas para la segunda infancia y el ingreso escolar.
7. Facilitar el acceso y la rendición de cuentas de los fondos públicos abonados al distrito escolar local por la prestación de los servicios obligatorios de evaluación en la segunda infancia.

Su firma indica que ha leído, comprende y acepta que la información puede utilizarse como se indicó anteriormente.

CONSENTIMIENTO PARA PUBLICAR LA INFORMACIÓN

Por la presente, autorizo a publicar la información de la evaluación de mi hijo/a a los siguientes programas o servicios marcados a los fines de evaluación, diagnóstico, seguimiento o programación. (Indique los nombres y direcciones si los conoce).

Marque las personas/agencias que desea que reciban información de la evaluación sobre su hijo/a.

- Proveedor de atención médica infantil _____
- Dentista (nombre) _____
- Educación familiar en la segunda infancia (ECFE) _____
- Educación especial en la segunda infancia _____
- Programa Follow Along _____
- Programa Head Start (nombre) _____
- Proveedor de atención médica (clínica médica) _____
- Comité interagencial de intervención temprana (IEIC) _____
- Agencia de Salud Mental _____
- Agencia de Salud Pública (WIC) _____
- Distrito escolar del residente (nombre) _____
- Preparación Escolar _____
- Otro (programas específicos regionales) _____

_____ Entiendo la información

_____ Autorizo la publicación de la información.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____ Relación con el menor: _____

Cuestionario de la evaluación de audición y visión en la segunda infancia

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ Edad (años/meses) _____ Fecha _____

Antecedentes sobre la audición

- | | NO | SÍ |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Existe alguna preocupación de que el menor tenga un problema de audición? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Existen problemas de audición infantiles en la familia de la madre o el padre del niño/a? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Tiene el menor antecedentes de enfermedad del oído medio o de colocación de tubos auditivos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Tuvo el menor traumatismo de cráneo con contusión, fractura de cráneo o pérdida de conocimiento? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Ha sido el menor hospitalizado por enfermedad grave (por ejemplo, meningitis)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Antecedentes y preguntas sobre la visión

- | | No | SÍ |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Un oftalmólogo le ha realizado a su hijo/a un examen ocular completo alguna vez? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Sospecha de algún problema referido a la visión o los ojos de su hijo/a? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Han tenido los/as hermanos/as, padres, abuelos/as, tíos/as o primos/as problemas oculares/de visión que requirieron tratamiento antes de ingresar a la escuela? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Su hijo/a nació prematuramente (antes de las 32 semanas de gestación)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Ha observado algún problema o cambio en el blanco del ojo, las pupilas, los párpados, las pestañas o el área que rodea los ojos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha notado una sensibilidad anormal a la luz, náuseas, mareos o signos/quejas de dolor de cabeza? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Ha observado algo de lo siguiente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a. Giro de un ojo (hacia dentro, hacia fuera, hacia arriba o hacia abajo). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Se hurga o frota los ojos con frecuencia. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Poco contacto visual. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Se cubre o cierra un ojo al mirar un objeto de interés. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Postura anormal de la cabeza. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Entrecierra los ojos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Mueve la cabeza hacia adelante, hacia atrás u horizontalmente al mirar un objeto. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Inclina la cabeza hacia un lado. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Acerca la cabeza al objeto de interés. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Parpadeo excesivo. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Imprecisión al alcanzar el objeto de interés. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l. Lagrimeo inusual. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |