

Cuestionario del Historial de Desarrollo del Estudiante

La fecha de hoy _____

Escuela (marque con un círculo): **Armstrong** **Fales** **Hastings**

Por favor, llene todas las áreas que aplican a su hijo (a).

Información del(la) Niño(a)

PRIMER NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____ APELLIDO _____
Sobrenombre _____ ☐ Masculino ☐ Femenino

DIRECCIÓN Calle _____ Apt. _____
Ciudad _____ Estado _____ Zip _____
Teléfono (_____) _____ Fecha de Nacimiento _____

¿Ciudad y país de nacimiento del(la) niño(a)? _____

¿Qué idioma se habla en el hogar?

☐ Inglés ☐ Inglés y (especifique) _____ ☐ Otro (especifique) _____

¿Quién está llenando este cuestionario? ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro Pariente (especifique) _____
☐ Guardián ☐ Cuidador(a) ☐ Otro (especifique) _____

Información de la Familia

NOMBRE DEL PADRE _____
DIRECCIÓN Calle _____ Apt. _____
(Si es diferente a la anterior) Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____
Teléfono (_____) _____ E-mail _____
Ocupación _____ # Trabajo (_____) _____ # Celular/Pager (_____) _____

NOMBRE DE LA MADRE _____
DIRECCIÓN Calle _____ Apt. _____
(Si es diferente a la anterior) Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____
Teléfono (_____) _____ E-mail _____
Ocupación _____ # Trabajo (_____) _____ # Celular/Pager (_____) _____

Otra Información de la Familia

¿Con quién reside el(la) niño(a)? ☐ Madre ☐ Padre ☐ Ambos ☐ Guardián ☐ Otro, especifique _____
Padres están ☐ Separados (fecha _____) ☐ Divorciados (fecha _____) **doc. legales requeridos: divorcio/separación/custodia**
☐ Viudo(a) (fecha _____) ☐ Casados _____ ☐ Militar _____

Hermanos(as)

Nombre/Relación con el Estudiante	Edad	Grado	Escuela

Otros viviendo en el hogar (nombre y relación):

Historial de la Escuela/Guardería

¿Su hijo ha asistido antes a la escuela/guardería? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la Escuela/Proveedor	# Años que Asistió	# Días/Semana	AM/PM

Alguna vez su hijo ha sido evaluado en las siguientes áreas:

☐ Habla e Idioma

☐ Motricidad Fina/Gruesa

☐ Social/Emocional

☐ Escolar

¿Dónde? _____

Fecha _____

Ha recibido su hijo servicios de intervención temprana en las siguientes áreas:

☐ Habla e Idioma

☐ Motricidad Fina/Gruesa

☐ Asesoramiento

☐ Social/Emocional

☐ Escolar

¿Dónde? _____

Fecha _____

¿Está su hijo actualmente en un IEP (Plan Educativo Individual)? ☐ Sí ☐ No

¿Está su hijo en un Plan 504? ☐ Sí ☐ No

Información de Desarrollo

¿Su hijo/hija escucha las historias que le leen? _____

¿Su hijo/hija pasa las páginas del libro y mira las imágenes? _____

¿Su hijo recuerda y vuelve a contar las historias o eventos? _____

¿Él/Ella siguen instrucciones simples, de 2 pasos? _____

¿Puede su hijo/hija expresar sus pensamientos y necesidades fácilmente? _____

¿Cuáles son las actividades favoritas de su hijo/hija? (juguetes, libros, juegos, clases, etc.) _____

¿Cuántas horas al día pasa su hijo mirando televisión/videojuegos? _____

¿Programas favoritos? _____

¿Él/ella se sienta muy cerca del televisor? _____ ¿Él/ella sube el volumen muy alto? _____

¿Usa él/ella lápices de colores o marcadores para garabatear o dibujar? _____

Preferencia de mano: ☐ Derecha ☐ Izquierda Explique (si es necesario): _____

¿Él/ella juega con bloques, Legos u otros juguetes de construcción sin ayuda? _____

¿Qué oportunidades tiene su hijo de jugar con otros niños? _____

¿Habla su hijo/hija con amigos o familiares que vienen a visitar? _____

¿A él/ella le gusta jugar solo/sola? _____ ¿Él/ella tiene un amigo imaginario? _____

¿Se quedaría su hijo con una niñera? _____

Es su hijo: muy activo moderadamente activo moderadamente tranquilo muy tranquilo

Por favor explique: _____

Puede su hijo: ☐ atar ☐ cerrar ☐ abotonar ☐ vestirse ☐ atender sus propias necesidades de aseo

Por favor, comparta cualquier información sobre los patrones de sueño, hábitos alimenticios, estilo social/conductual, estilo de aprendizaje, miedos, etc. de su hijo. _____

¿Tiene alguna inquietud o comentario sobre la transición de su hijo hacia la escuela? _____

SOLO PARA USO DE OFICINA: ☐ Partida de Nacimiento ☐ Registros de Salud ☐ Prueba de Residencia de los Padres