

Oconee County Schools

Referencia de Educación Especial Preescolar

Envíe por correo, fax o correo electrónico la referencia completa a:

Paula Bargfrede
Colham Ferry Elementary School
191 Colham Ferry Road
Watkinsville, GA 30677
Teléfono: 706-769-7764
Fax: 706-310-1997
pbargrede@oconeeschools.org

La información adjunta es necesaria antes de considerar la elegibilidad para los servicios de educación especial (incluidos los servicios del hablar y el lenguaje). Esta información también es necesaria para los niños en transición de Babies Can't Wait. Por favor complete la referencia requerida y será contactado para programar una cita para una evaluación gratuita de audición / visión, habla / lenguaje y desarrollo. Las evaluaciones se llevan a cabo el primer viernes de cada mes en la escuela Primaria de Oconee con cita previa y según sea necesario para implementar intervenciones y planificar una evaluación adecuada.

1. Formulario de referencia de Child Find: Para ser completado por los padres o tutor del niño(a), maestro o agencia externa para obtener información general.
2. Formulario de Historial del Estudiante: para ser completado por el padre o tutor del niño para proporcionar información que se utilizará durante el proceso de evaluación.
3. Evaluaciones externas o informes médicos: documentación o informes de cualquier agencia externa (incluida la terapia del habla privada, terapia ocupacional, fisioterapia, informes auditivos o audiológicos, evaluaciones psicológicas privadas para informes de evaluación de autismo).
4. Finalización del Proceso de Inscripción en Línea: Para ser completado por el padre o tutor del niño(a). Vaya a [\https://www.oconeeschools.org/](https://www.oconeeschools.org/) luego seleccione PARENT, luego seleccione STUDENT ENROLLMENT, luego seleccione NEW STUDENT REGISTRATION, luego seleccione CREATE ACCOUNT

Los siguientes documentos son **necesarios** para la inscripción en línea:

- Certificado de nacimiento
- Prueba de residencia que muestre la residencia en el condado de Oconee (copia de la factura de servicios públicos actual, compra del contrato de arrendamiento o declaración jurada de residencia si vive con otro residente)
- Tarjeta del Seguro Social
- Formulario de inmunización 3231 (si está disponible)

El personal del sistema escolar correspondiente se comunicará con el padre tutor al recibir la referencia de educación especial preescolar.

Sistema escolar del condado de Oconee

34 School Street, apartado postal 146

Watkinsville, Georgia 30677

Teléfono: 706-769-5130 Fax: 706-310-2022

HISTORIA DEL ESTUDIANTE Formato de finalización: Cuestionario Entrevista

Instrucciones: Complete este formulario con la mayor precisión posible y envíelo a la escuela tan pronto como sea posible. Si necesita más espacio para responder alguna pregunta, utilice otra hoja de papel o el espacio adicional que se proporciona en la última página.

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

Dirección: _____ Sexo: Masculino Femenino

Teléfono de línea: _____ Celular: _____ Teléfono laboral: _____

Correo electrónico: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Persona que responde las preguntas: _____ Relación con el niño: _____

Mejor forma para comunicarse con usted: teléfono de línea correo electrónico teléfono laboral

Fecha actual: _____

Padre o padres con los que vive el niño

Proporcione la siguiente información de cada padre, padrastro o cuidador con los que viva el niño.

Nombre: _____ Nombre: _____

Relación con el niño: _____ Relación con el niño: _____

Ocupación: _____ Ocupación: _____

Empleador: _____ Empleador: _____

Teléfono laboral: _____ Teléfono laboral: _____

Nivel de educación más alto: _____ Nivel de educación más alto: _____

Otro(s) padre(s)/cuidador(es)

Si el niño tiene otro(s) padre(s), padrastro(s) o cuidador(es) además de los mencionados anteriormente, proporcione la siguiente información de cada uno.

Nombre: _____ Nombre: _____

Relación con el niño: _____ Relación con el niño: _____

¿Con qué frecuencia el niño ve a esta persona? _____ ¿Con qué frecuencia el niño ve a esta persona? _____

¿El niño asiste a una guardería después del horario escolar? _____ ¿Dónde? _____

¿Cuántas horas por día? _____

Información familiar

Mencione a todos los hermanos, hermanas y a cualquier otra persona que viva en su hogar.

Nombre	Edad	Relación con el niño	Vive en el hogar (sí/no)
--------	------	----------------------	--------------------------

¿Qué idioma(s) se habla(n) en su hogar? _____

¿Cuál es el primer idioma del niño? _____

¿El niño es adoptado? _____ Si la respuesta es sí, ¿a qué edad? _____ Explique las circunstancias.

¿El niño experimentó la separación o el divorcio de sus padres, o tuvo alguna otra posible experiencia traumática para la niñez? _____ Si la respuesta es sí, ¿qué edad tenía el niño en ese momento? _____ Describa la situación.

¿El niño ha experimentado alguna de las siguientes opciones? (Marque todas las que correspondan).

- | | |
|---|---|
| _____ El casamiento de un padre con un padrastro | _____ La muerte de un padre |
| _____ La muerte de un miembro de la familia | _____ La sentencia a prisión de uno de sus padres |
| _____ Una o más mudanzas | _____ Una enfermedad que requiera hospitalización |
| _____ Una enfermedad de uno de sus padres que requiera hospitalización | _____ La muerte de un amigo cercano |
| _____ La ausencia de un padre porque trabaja lejos del hogar/viaja con frecuencia por trabajo | |

Explique cualquier situación especial que ocurra actualmente en la familia, que pudiera afectar el rendimiento escolar del niño. _____

Marque las actividades que este niño realiza con su familia:

- | | | | |
|---------------------------|--------------|------------------|------------------|
| _____ Comidas | _____ Juegos | _____ Televisión | _____ Deportes |
| _____ Visitas a parientes | _____ Viajes | _____ Iglesia | _____ Otra _____ |

¿A qué hora se acuesta el niño? Durante la semana _____ Los fines de semana _____

¿Cuántas horas duerme el niño en general? _____ ¿El niño tiene problemas para dormir? _____

Explique _____

Historia clínica

Embarazo: ¿Se presentó alguna de las siguientes complicaciones durante el embarazo de este niño?
(Marque todas las que correspondan).

_____ Falta de atención médica _____ Diabetes gestacional _____ Presión arterial alta _____ Toxemia
_____ Consumo de drogas, frecuencia _____ Sustancia(s) consumida(s) _____
_____ Consumo de alcohol, frecuencia _____ Consumo de cigarrillos, frecuencia _____
_____ Hospitalización: Explique: _____
_____ Medicamento(s) administrado(s). Explique: _____
_____ Otra complicación: Explique: _____

Parto: Marque todas las complicaciones siguientes que se presentaron durante o poco después del parto del niño.

_____ Uso de fórceps _____ Parto de nalgas _____ Trabajo de parto inducido _____ Cesárea
_____ Uso de incubadora _____ Problemas respiratorios: ¿Se utilizó el oxígeno suplementario?
_____ ¿Por cuánto tiempo? _____
_____ Otras complicaciones: Explique: _____

Duración del embarazo: _____ semanas Duración del parto: _____ horas
Estado de la madre en el momento del parto: _____

Estado del niño en el momento del parto: _____ Peso del recién nacido: _____ lb _____ oz

Edad de la madre en el momento del parto: _____ Duración de la estadía en el hospital: Madre: _____
Niño: _____

Eventos del desarrollo:

A qué edad este niño realizó las siguientes acciones:

_____ Sentarse sin apoyo _____ Caminar solo

¿A qué edad su hijo comenzó a decir palabras sueltas? _____ ¿A combinar dos palabras? _____

¿A decir oraciones simples? _____

¿A qué edad el niño aprendió a ir al baño con éxito? Días: _____ Noches: _____

¿Mojó la cama después de aprender a ir al baño? _____ ¿Con qué frecuencia? _____ ¿Hasta qué edad? _____

¿Este niño experimenta o experimentó alguna de las siguientes dificultades durante los primeros tres años de vida?
(Marque todas las que correspondan).

_____ Problemas para alimentarse: Si la respuesta es sí, descríbalos _____
_____ Cólico _____ Desnutrición _____ Bajo peso
_____ Dormir muy poco _____ Dormir demasiado _____ Retraso en el desarrollo
_____ Habla poco clara _____ Dificultad para separarse del(los) padre(s)
_____ Torpeza motriz

Historia clínica de la infancia: Marque las enfermedades o afecciones que haya padecido este niño.

_____ Asma _____ Dolores estomacales frecuentes _____ Dolores de cabeza frecuentes

_____ Anemia	_____ Meningitis	_____ Convulsiones/epilepsia
_____ Problemas de atención o hiperactividad diagnosticados		_____ VSR
_____ Infección por estreptococo	_____ Fiebre escarlata	_____ Varicela
_____ Afección cardíaca: Explique _____		
_____ Lesión en la cabeza: Describa: _____		
_____ Desmayos: Describa: _____		
_____ Hospitalización(es): Explique: _____		
_____ Cirugías: Explique: _____		
_____ Administración de medicamentos a largo plazo en el pasado (por lo menos un mes): Detalle: _____		
_____ Medicamentos y dosis actuales: Detalle: _____		
_____ Alergias alimentarias: Detalle: _____		
_____ Alergias a medicamentos: Explique: _____		
_____ Otras alergias: Detalle: _____		
_____ Infecciones frecuentes de oídos: ¿Le han insertado tubos de timpanostomía? _____ ¿Cuándo? _____		
_____ Problemas de audición: Explique: _____		
_____ Problemas de la vista: Explique: _____ ¿Usa anteojos o lentes de contacto? _____		

Describa la salud mental actual de su hijo y hable sobre cualquier problema de salud actual _____

Historial familiar: ¿A algún miembro de la familia se le diagnosticó alguno de los siguientes problemas? Marque todo lo que corresponda e indique en el espacio en blanco la relación del miembro de la familia con el niño.

_____ Discapacidad física	_____ Discapacidad de aprendizaje
_____ Convulsiones o epilepsia	_____ Problema de lectura
_____ Consumo de drogas	_____ Problemas en matemáticas
_____ Consumo de alcohol	_____ Problema del habla o del lenguaje
_____ Trastorno del espectro autista	_____ Problemas de atención/hiperactividad
_____ Trastorno bipolar	_____ Discapacidad del desarrollo/discapacidad intelectual
_____ Trastorno de la conducta	_____ Síndrome de Tourette
_____ Depresión/ansiedad	_____ Otro: Explique: _____

¿Algún miembro de la familia alguna vez recibió servicios de educación especial o tuvo problemas en la escuela? _____

Explique: _____

Explique cualquier situación especial que ocurra actualmente en la familia, que pudiera afectar el rendimiento escolar del niño.

Historial educativo

¿El niño falta con frecuencia a la escuela? _____ Si la respuesta es sí, explique _____

Por algún otro motivo que no sea la promoción habitual de grado, ¿el niño se ha cambiado de escuela? _____ Si la respuesta es sí, explique _____

Detalle las escuelas a las que asistió previamente (que no sean escuelas del sistema escolar del condado de Oconee):

Escuela _____ Ubicación _____ Fechas de concurrencia _____

Escuela _____ Ubicación _____ Fechas de concurrencia _____

Escuela _____ Ubicación _____ Fechas de concurrencia _____

¿El niño ha repetido algún grado? _____ Si la respuesta es sí, ¿qué grado? _____ ¿Por qué? _____

¿El niño ha saltado algún grado en la escuela? _____ Si la respuesta es sí, ¿qué grado? _____ ¿Por qué? _____

¿El niño ha realizado alguna prueba de educación especial? _____ ¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____

¿El niño recibe actualmente servicios de educación especial? _____ Si la respuesta es sí, qué tipo o clase _____

¿Al niño le gusta ir a la escuela? _____

¿El niño asiste o asistió al preescolar? _____ ¿Dónde? _____ ¿A qué edad? _____

Horas por día _____ Días por semana _____

Describe cualquier problema que su hijo haya tenido en la escuela en el pasado. _____

Describe los problemas actuales de su hijo en la escuela. _____

¿Al niño le han realizado alguna vez una evaluación psicológica o psiquiátrica? _____

Fecha(s) de la(s) evaluación(es): _____

¿Quién la(s) realizó? _____ Motivo(s): _____

¿El niño recibió alguna vez asesoramiento o terapia? _____ ¿Por parte de quién? _____

Motivo(s): _____

¿El niño recibe actualmente asesoramiento o terapia? _____ ¿Por parte de quién? _____

Motivo(s): _____

¿El niño recibió alguna vez servicios de terapia del habla/del lenguaje, terapia ocupacional o terapia física? _____

¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____

Desarrollo y conducta socioemocional

¿Cuáles son las cualidades más positivas de este niño? _____

¿Cuáles son los desafíos principales de ser padre de este niño? _____

¿Con qué frecuencia debe disciplinarlo? _____ ¿Qué método de disciplina funciona mejor? _____

Detalle algunas de las cosas que hace su hijo que requieren medidas disciplinarias. _____

Amistades:

¿Cuántos amigos tiene su hijo? (Marque una sola respuesta) _____ Ninguno _____ Pocos _____ Algunos
_____ Muchos

¿Al niño le cuesta hacer amigos? _____ ¿El niño prefiere jugar solo? _____

¿Con personas de qué edad su hijo prefiere jugar/relacionarse? (marque una sola respuesta con un círculo) Menores
De la misma edad Mayores/adultas

Intereses ajenos:

¿Qué actividades disfruta el niño? _____

Detalle las actividades en las que participa su hijo después de clase _____

¿El interés o la participación de su hijo en estas actividades han disminuido? _____ Explique: _____

Conducta/temperamento: Indique si su hijo actualmente muestra alguna de las siguientes conductas, emociones o rasgos de personalidad. Marque todas las que correspondan.

<input type="checkbox"/> Propenso a sufrir accidentes	<input type="checkbox"/> Olvidadizo	<input type="checkbox"/> Se enoja/irrita fácilmente
<input type="checkbox"/> Exceso de estimulación en el juego	<input type="checkbox"/> Miedos irracionales	<input type="checkbox"/> Succión del pulgar
<input type="checkbox"/> Período de atención corto	<input type="checkbox"/> Preocupación excesiva	<input type="checkbox"/> Muchas quejas físicas
<input type="checkbox"/> Tics/muecas	<input type="checkbox"/> Impulsividad	<input type="checkbox"/> Falta de autocontrol
<input type="checkbox"/> Exceso de actividad	<input type="checkbox"/> Infelicidad	

El niño tiene historial de:

<input type="checkbox"/> consumo de alcohol	<input type="checkbox"/> consumo de drogas	<input type="checkbox"/> escaparse del hogar
<input type="checkbox"/> robar	<input type="checkbox"/> iniciar incendios	<input type="checkbox"/> vandalismo
<input type="checkbox"/> amenazar a otros	<input type="checkbox"/> involucrarse en pandillas	<input type="checkbox"/> pelear
<input type="checkbox"/> ser cruel con animales	<input type="checkbox"/> hostigar	<input type="checkbox"/> ser hostigado

Más información/comentarios

Utilice el siguiente espacio para ampliar sus respuestas anteriores o para proporcionar información que no haya proporcionado previamente, pero que considere que es importante para ayudarnos a entender a su hijo. Firme y feche este formulario a continuación.

