

INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT 196
Rosemount-Apple Valley-Eagan Public Schools

Educamos, impulsamos el desarrollo e inspiramos a nuestros estudiantes para que tengan éxito toda su vida

Número de serie **501.3.2.1P** Adoptado **abril de 1994** Revisado **Abril de 2024**

Asunto Cuestionario de historia infantil

**Evaluación de la salud y el desarrollo en la
primera infancia**
(Requerido antes del ingreso a la escuela)

Traiga a su cita:

- Formularios completados
(se encuentran en www.district196.org/screening)
- Documento que verifique la edad de su hijo

Estimado padre/ tutor:

Para ayudar a garantizar el éxito en la escuela, el estado de Minnesota exige que todos los niños que ingresan a la escuela pública sean evaluados antes de ingresar al kínder (o antes de ingresar al primer grado, si su hijo no asistió al kínder). La ley alienta a los padres/tutores a que hagan que sus hijos sean evaluados antes de su cuarto cumpleaños. La evaluación puede ser realizada por el Distrito 196, otro distrito escolar o por un proveedor u organización de atención médica pública o privada. No es necesario que su hijo sea evaluado por el Distrito 196 si ha recibido una evaluación comparable por parte de otro proveedor u organización durante el año anterior y esos legajos se envían al Distrito 196 a más tardar 30 días después de que su hijo asista por primera vez a una escuela pública.

La evaluación de la primera infancia es una revisión y control cuidadosos de la salud, el bienestar y el desarrollo de su hijo. Juntos, padres y profesionales identifican fortalezas y áreas que pueden requerir atención especial antes de que su hijo ingrese a la escuela. Los evaluadores no determinan si su hijo está listo para el kínder. Al final de la evaluación, un miembro del personal realizará una entrevista resumida y abordará cualquier inquietud que tenga sobre la salud o el desarrollo de su hijo. Tendrá la oportunidad de estar con su hijo todo el tiempo y recibirá una copia de los resultados de la evaluación. Toda la información permanecerá privada. El proceso de la evaluación dura aproximadamente 60 minutos.

Para cancelar o cambiar su cita, comuníquese con la Oficina de Evaluación de la Primera Infancia al **651-423-7899**. Reprograme su cita si su hijo tiene una enfermedad transmisible como varicela, conjuntivitis, faringitis estreptocócica, impétigo, etc.

Le sugerimos que no traiga a otros niños a la cita de evaluación.

NOTA A LOS PADRES: Por favor, rellene el resto de este formulario antes de la cita de su hijo. Esta información nos ayudará a brindarle a su hijo un examen completo de la salud y el desarrollo. Completar este formulario es opcional. También puede negarse a responder preguntas o proporcionar información sobre circunstancias familiares que puedan afectar el desarrollo y la identificación de factores de riesgo que puedan influir en el aprendizaje. Negarse a responder dichas preguntas o proporcionar dicha información no impedirá que su hijo se inscriba en la escuela si se cumplen todos los demás componentes de la evaluación. La información recopilada en este formulario y en la evaluación será utilizada con fines de evaluación por los empleados y agentes del Distrito 196 con responsabilidades relacionadas con dicho programa. También puede compartirse con el Departamento de Educación o según lo autorice la ley. No está obligado a proporcionar la información solicitada; sin embargo, su negativa puede impedir que el distrito complete la evaluación obligatoria. La evaluación de la primera infancia no sustituye la atención médica continua de su médico de cabecera, dentista u otros proveedores de atención médica.

INFORMACIÓN GENERAL Y FAMILIAR

Nombre de la persona que completa el formulario _____ Fecha en que se completó _____

Relación con el niño _____ Correo electrónico _____

Dirección _____ Número de teléfono _____

Hijo o hija _____ Sexo _____ Fecha de nacimiento _____
apellido primer nombre segundo nombre

HISTORIA DE SALUD

Marque las casillas si tiene inquietudes o preguntas sobre la salud de su hijo . . .

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Crecimiento | <input type="checkbox"/> Uso de tets | <input type="checkbox"/> Respirar/toser | <input type="checkbox"/> Amigos/habilidades sociales |
| <input type="checkbox"/> Ir al baño | <input type="checkbox"/> Oídos/audición | <input type="checkbox"/> Estómago | <input type="checkbox"/> Aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Boca | <input type="checkbox"/> Caminar/equilibrio | <input type="checkbox"/> Comportamiento |
| <input type="checkbox"/> Hábitos de sueño | <input type="checkbox"/> Nariz | <input type="checkbox"/> Hablar | <input type="checkbox"/> Sentimientos/estados de ánimo |
| <input type="checkbox"/> Hábitos alimentarios/dieta | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Nivel de actividad | <input type="checkbox"/> Otra |
| <input type="checkbox"/> Ojos/vista | <input type="checkbox"/> Dientes | <input type="checkbox"/> Piel/moretones/erupciones | |

NOTAS: _____

¿Tiene seguro médico? Sí No

Fecha de la última visita a: médico _____ dentista _____ otro especialista en salud _____ oftalmólogo _____

Enfermedades graves _____

Estancias hospitalarias y/o cirugías _____

HISTORIA DEL DESARROLLO

Peso al nacer del niño _____ Altura al nacer del niño _____ Nació a las _____
semanas de gestación

¿La madre del niño experimentó algún problema durante el embarazo? No Sí

En caso afirmativo, explique
(medicamentos, sarampión, toxemia, etc.) _____

¿Hubo algún problema con el trabajo de parto, el nacimiento o durante el período de recién nacido? No Sí
En caso afirmativo, explique (parto por cesárea, sufrimiento fetal, síndrome de dificultad respiratoria, necesidad de reanimación, ictericia, etc.) _____

Hitos del desarrollo _____

Indique si ocurrió temprano, a tiempo o tarde.

Sentarse solo Temprano A tiempo Tarde Caminar solo Temprano A tiempo Tarde

Decir palabras individuales Temprano A tiempo Tarde

Decir oraciones de dos palabras Temprano A tiempo Tarde Ir al baño Temprano A tiempo Tarde

El niño estaba principalmente apegado a: Madre Padre Ambos Otro _____

Los ciclos de alimentación y sueño fueron: Regulares Irregulares

El niño era: Fácil de cuidar Promedio/más o menos igual que cualquier otro niño "Desafiante"

¿Hubo algún cambio en los cuidadores principales del niño durante los primeros tres años
(diferente niñera, la madre empezó a trabajar, etc.)? _____ No Sí

En caso afirmativo, ¿a qué edad y en qué circunstancias? _____

¿Alguna vez usted o alguien más ha tenido preocupaciones sobre el crecimiento físico general y/o el desarrollo intelectual,
social, emocional o motor de su hijo? No Sí En caso afirmativo, explique _____

Describa las fortalezas y/o necesidades especiales de su hijo _____

Agregue cualquier comentario o pregunta sobre el desarrollo temprano de su hijo _____

COMPORTAMIENTOS

Marque las casillas correspondientes si le preocupan los siguientes comportamientos de su hijo . . .

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No comparte | <input type="checkbox"/> Inseguro de sí mismo, parece carecer de confianza | <input type="checkbox"/> Se distrae fácilmente, tiene poca capacidad de atención, dificultad para concentrarse, inquieto |
| <input type="checkbox"/> Se muerde las uñas | <input type="checkbox"/> Parece preocupado o ansioso | <input type="checkbox"/> Hace berrinches |
| <input type="checkbox"/> Se chupa el pulgar | <input type="checkbox"/> Es celoso con sus hermanos | <input type="checkbox"/> No coopera, es desafiante y desobediente |
| <input type="checkbox"/> Aguanta la respiración | <input type="checkbox"/> Parece inmaduro en comparación con otros niños de su edad | <input type="checkbox"/> Es agresivo con los demás, verbal o físicamente |
| <input type="checkbox"/> Miente | <input type="checkbox"/> Muy dependiente de los adultos | |
| <input type="checkbox"/> Destruye cosas | <input type="checkbox"/> Busca atención inapropiada | |
| <input type="checkbox"/> Es sensible, con sentimientos fáciles de herir, llora con facilidad | <input type="checkbox"/> Sueña despierto, parece preocupado | |

Otra (explique) _____

RECURSOS

Agencias o programas en los que su hijo ha participado: (marque todos los que correspondan)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermería de salud pública | <input type="checkbox"/> Educación especial en la primera infancia | <input type="checkbox"/> Institución religiosa |
| <input type="checkbox"/> Servicios sociales del condado de Dakota | <input type="checkbox"/> Educación familiar en la primera infancia | <input type="checkbox"/> Mujeres, bebés y niños (Women, Infant and Children, WIC) |
| <input type="checkbox"/> Centro de asesoramiento familiar | | <input type="checkbox"/> Madres y niños (Mothers and Children, MAC) |
| <input type="checkbox"/> Preescolar | | |
| Desea información sobre: (marque todo lo que corresponda) | <input type="checkbox"/> Ayuda con problemas personales | <input type="checkbox"/> Clases de inglés |
| <input type="checkbox"/> Conocer a otras familias | <input type="checkbox"/> Programas de preescolar | <input type="checkbox"/> Ropa |
| <input type="checkbox"/> Grupos de padres | <input type="checkbox"/> Cuidado de niños | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| | <input type="checkbox"/> Programas recreativos | |
| | <input type="checkbox"/> Desarrollo de la Educación General (General Education Development, GED) | |

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE

196

Escuelas Públicas de Rosemount, Apple Valley, Eagan

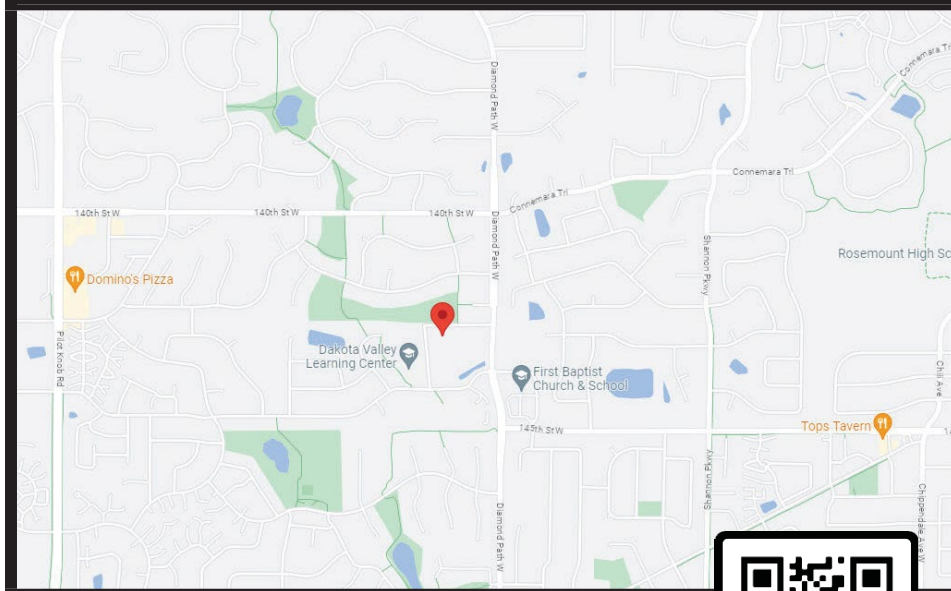
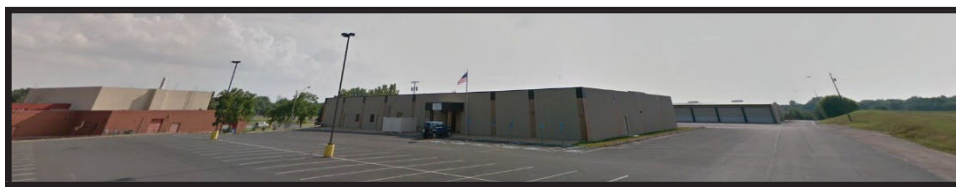
CENTRO DE SERVICIOS DEL DISTRITO - PUERTA #1

Evaluación de la primera infancia

14301 Diamond Path

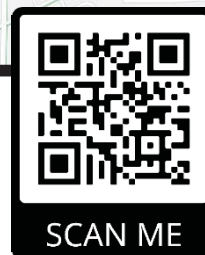
Apple Valley, MN 55124

PRP/Procedures/500 series/501.3.2.1P-print/501.3.2.1P-print.indd/District 196 Graphics/12-23



District Service Center

14301 Diamond Path W, Apple Valley, MN 55124



Para obtener más información, comuníquese al 651-423-7899 o ecscreening@district196.org.