

BALDWIN UNION FREE SCHOOL DISTRICT
BALDWIN NEW YORK

PRE-KINDERGARTEN BACKGROUND DATA SURVEY

CHILD'S NAME Nombre de Hijo(a)	M/F	DATE OF BIRTH Fecha de Nacimiento
--	------------	---

It is the goal of the faculty and staff of our schools to make your child's kindergarten experience as pleasant and productive as possible. To accomplish this goal it is important that we have a full and comprehensive understanding of all aspects of your child's growth and development. Your cooperation in filling out this survey will enable the faculty to become familiar with your child even before school begins.

Es el objetivo de la facultad y personal de nuestras escuelas es hacer la experiencia de kindergarten lo más agradable y productiva posible. Para lograr este objetivo, es importante que tengamos un entendimiento completo y comprensivo de todos los aspectos del crecimiento y el desarrollo de su hijo. Su cooperación al llenar este formulario permitirá ala facultad familiarizarse con su hijo incluso antes que comience la escuela.

BACKGROUND DATA

Datos del fondo

Position in family (oldest child, youngest, etc.) _____
Posición en la familia (mayor, menor)

Languages spoken at home _____
Idiomas hablados en casa

Has your child attended nursery school? _____
Ha asistido su hijo(a) a la escuela
Where? _____ How Long? _____
Adonde? Por cuanto tiempo?

Is your child looking forward to school? _____
Esta contento su hijo(a) de asistir a la escuela?

Has your child expressed any concerns about school? _____
Ha expresado su hijo(a) alguna preocupación acerca la escuela?

In what way? _____
De qué manera?

Has your child been away from his/her parents overnight? _____
Ha pasado su hijo(a) alguna noche separado de sus padres?

For an extended length of time? _____
Por un periodo largo de tiempo?

HEARING OIDO	Yes Si	No	Do Not Know No Se
Does your child have a diagnosed hearing loss? <i>Tiene su hijo(a) un diagnostico de perdida auditiva?</i>			
Does your child answer to his/her name when he/she cannot see you? <i>Responde su hijo(a) a su propio nombre aun cuando no lo puede ver?</i>			
Does your child follow a series of directions? <i>Sigue su hijo(a) una serie de direcciones?</i>			
Does your child remember sounds of things? (animals, home, nature) <i>Recuerda su hijo(a) el sonido de cosas? (animales, casa, naturaleza)</i>			
Does your child enjoy listening to stories? <i>Le gusta a su hijo(a) escuchar cuentos?</i>			
Does your child turn one ear to the speaker? <i>Voltea su hijo(a) un oido hacia el ordor?</i>			

Comments: _____
Comentarios

SEEING VISTA	Yes Si	No	Do Not Know No Se
Does your child wear glasses? <i>Usa lentes su hijo(a)?</i>			
Is your child able to tell when objects are the same/different? <i>Sabe su hijo(a) indicar cuándo objetos son iguales/diferentes?</i>			
Is your child able to match shapes and forms? <i>Puede su hijo(o) aparear figuras y formas?</i>			
Is your child free from sties, red lids, watery eyes? <i>Es su hijo libre de depósitos, tapas rojas, ojos acuosos?</i>			

Comments: _____
Comentarios

MOVING MOVIMIENTO	Yes Si	No	Do Not Know No Se
Is your child able to throw a ball? <i>Puede su hijo(a) tirar una bellota?</i>			
Is your child able to catch a ball? <i>Puede su hijo(a) cachar una bellota?</i>			
Is your child able to color within lines? <i>Puede su hijo(a) colorear dentro de las líneas establecidas?</i>			

Is your child able to do the following? <i>Puede su hijo(a) hacer lo siguiente</i>	Run? <i>Correr</i>			
	Jump? <i>Saltar</i>			
	Hop? <i>Brincar?</i>			
	Skip?			
Is your child able to identify parts of the body? <i>Puede su hijo(a) identificar partes del cuerpo</i>	Eyes? <i>Ojos?</i>			
	Ears? <i>Oídos?</i>			
	Nose? <i>Nariz?</i>			
Is your child able to copy any of the following? <i>Puede su hijo(a) copiar algunos de los siguientes?</i>	Square? <i>Cuadrado?</i>			
	Circle? <i>Círculo?</i>			
	Diamond? <i>Diamante?</i>			
	Triangle? <i>Triángulo?</i>			

Comments: _____
Comentarios

<u>SPEAKING</u>	Yes Si	No	Do Not Know No Se
Do you feel your child has speech problems? <i>Siente usted que su hijo(a) tiene problemas de hablar?</i>			
Hesitations? <i>Vacilaciones?</i>			
Substitutions? <i>Sustituciones?</i>			
Omissions? <i>Omisiones?</i>			
Does your child understand and follow directions easily? <i>Entiende y sigue su hijo(a) direcciones fácilmente?</i>			
Does your child speak in sentences? <i>Habla su hijo(a) usando oraciones?</i>			
Does your child communicate his/her needs with gestures only? <i>Comunica su hijo sus necesidades con gestos solamente?</i>			

Comments: _____
Comentarios

RELATING RELACIONAR	Yes Si	No	Do Not Know No Se
Does your child resort to temper tantrums as a means of getting his/her way? <i>Cuando su hijo(a) no obtiene lo que quiere, usa rabietas para obtenerlo?</i>			
Does your child cry easily? <i>Llora fácilmente su hijo(a)</i>			
Does your child play well with others? <i>Juega bien con otros su hijo(a)?</i>			
Does your child take care of property belong to self and others? <i>Cuida su hijo(a) sus cosas y las de otros?</i>			
Does your child prefer to only play alone? <i>Prefiere su hijo(a) jugar solo?</i>			
Does your child prefer to only play with others? <i>Prefiere su hijo(a) jugar solamente con otros?</i>			
Is your child friendly? <i>Es su hijo(a) agradable?</i>			

Comments: _____
Comentarios

DEVELOPMENTAL HISTORY HISTORIA DEL DESARROLLO

- At what age did your child begin to talk? _____
A qué edad comenzó ha hablar su hijo(a)?
- At what age did your child begin to walk? _____
A qué edad comenzó ha caminar su hijo(a)?
- Was your child a full-term baby? _____
Fue su hijo un embarazo de nueve meses?
- Did you have any illnesses or difficulties during pregnancy? _____
Tuvo usted alguna enfermedad o dificultad durante su embarazo?
- Does your child have frequent:
Padece su hijo(a) con frecuencia de:

colds? _____	throat infections? _____
gripe? _____	<i>Infecciones de garganta?</i>
injuries? _____	high fevers? _____
heridas? _____	<i>Fiebres altas?</i>
- Any serious injuries? _____ What? _____ When? _____
Algunas heridas serias? Cuales? Cuando?

7. Any previous evaluations? _____ When? _____ Where? _____
Algunas evaluaciones anteriores? *Cuando?* *Adonde?*

Speech? _____ Hearing? _____ Neurological? _____
De habla? De oído? Neurológico

Psychological and/or psychiatric? _____
Psicológico y/o psiquiátrico

8. At what age was your child toilet trained? _____
A qué edad fue entrenado a usar el baño su hijo(a)?

Are there presently any "accidents" at night? _____ by day? _____
Hay "accidentes" en la noche actualmente? Por el día?

Comments: _____
Comentarios

We are looking forward to having your child join our school. If there are any additional comments you would like to make that may be helpful in preparing for your child's entrance to school please use the lines below.
Estamos muy feliz en tener a su hijo(a) en nuestra escuela. Si hay cualquier comentario adicional que le gustaría dejarnos saber que puede ser útil en la preparación de la entrada de su hijo(a) a la escuela, utilice las líneas siguientes.

Your name
Su nombre

Relationship to child
Relación con el niño(a)

Date
Fecha

:bta