

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

Exceptional Student Learning Support

FDLRS / Child Find Referral Form

Children Ages 3 to 5 Years

Date: _____ Referred By: _____

Individual's Name

Relationship to Child

Referral Source Phone: _____ Referral Source E-mail: _____

Referring Source: _____ Source is a Child Protection Agency? Y N

Agency Name

Department

Child's Name: _____ DOB: _____ Age: _____

Sex: M F Birthplace: _____ Race: _____ Hispanic: Y N

Language(s) Spoken at Home: _____ If other than English, please specify: Minimal Both Primary

Receiving protective services: Y N Agency/ChildNet Advocate: _____

Attending preschool: Y N Specify location/program: _____

Parent Foster Parent Relative Guardian _____

E-mail: _____

Home Address: _____ APT# _____

City: _____ State: FL Zip Code: _____

Cell: _____ Work: _____ Home: _____

Alternative Contact: _____ Relationship to Child: _____ Phone: _____

Reason for Referral

- Speech (hard to understand, talking is not clear)
 Behavior (aggressive, harms self or others, inattentive, active)
 Expressive Language (few words in vocabulary)
 Fine Motor (holding, drawing, grasping, picking up small objects)
 Receptive Language (doesn't seem to understand, difficulty following directions)
 Gross Motor (clumsy, falls a lot, poor coordination or balance)
 Social-Emotional (interaction with others, social skills)
 Self-Help (independent functioning, toileting, feeding, dressing)
 Cognition (seems behind, difficulty retaining information)
 Vision Diagnosis
 Hearing Diagnosis

Medical Diagnosis: Y N Specify: _____

Developmental Services: S/L OT PT Behavior Location: _____

Comments: _____

FOR CHILD FIND USE ONLY: Language Code: _____ K-20: _____ Information Received by: Initials _____

Language Classification Appointment: _____

Home School: _____

Entered in CHRIS/ Online by: Initials

FDLRS #: _____

Screening Appointment: _____

Email the completed form to: eschildfind@browardschools.com 754-321-7200 -Child Find Referral Line



¡Bienvenido a nuestro programa de evaluación en línea ASQ!

Sírvase hacer clic en el enlace para completar el cuestionario

Arabic <https://asqonline.com/family/9412ac>

Chinese Simplified <https://asqonline.com/family/16bcf7>

Chinese Traditional <https://asqonline.com/family/faed75>

English <https://www.asqonline.com/family/e7bbfe>

French <https://asqonline.com/family/d34907>

Spanish <https://asqonline.com/family/15d264>

Vietnamese <https://asqonline.com/family/680f81>

Dado que los primeros 5 años de vida son tan importantes, queremos ayudarle a brindar el mejor comienzo para su hijo(a). Lo invitamos a participar en los *Cuestionarios Edades y Etapas, tercera edición (ASQ-3)* para ayudarle a hacer un seguimiento del desarrollo de su hijo(a). El cuestionario puede realizarse cada 2, 4 o 6 meses. Se le pedirá que responda algunas de las cosas que su hijo(a) puede y no puede hacer. El cuestionario incluye preguntas sobre la comunicación, la motricidad gruesa, la motricidad fina, la resolución de problemas y las habilidades sociales personales de su hijo(a).

¡Esperamos su participación en el ASQ-3!

FDLRS Child Find Office (located at the Wingate Oaks Center)

Serving Broward County Public Schools

1211 NW 33rd Terrace

Fort Lauderdale, Florida 33311

754-321-7200

esechildfind@browardschools.com





DATE COMPLETED: _____

COMPLETED BY: _____

REFERRED BY: DOCTOR TEACHER

THERAPIST EARLY STEPS _____

FDLRS No. _____

ENCUESTA DE INFORMACIÓN PARA EL PREKÍNDER

NOMBRE DEL NIÑO: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

EDAD: _____ **SEXO:** FEMENINO MASCULINO **N.º de SS:** _____

IDIOMA QUE SE HABLA EN EL HOGAR: _____ **IDIOMA QUE SE LE HABLA AL NIÑO:** _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Nombre de la madre: _____ Tel. de la casa: _____

Tel Celular: _____ Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento de la madre: _____ Educación: _____ Ocupación: _____

Nombre del padre: _____ Tel. de la casa: _____

Tel. Celular: _____ Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento del padre: _____ Educación: _____ Ocupación: _____

Estado civil de los padres: (Marque uno) Solteros Casados Separados Divorciados Viudo(a)

Si los padres están separados o divorciados, ¿cuántos años tenía el niño/la niña cuando esto ocurrió? _____

Usted adoptó a este(a) niño(a)? Sí No Si es así, ¿cuál es la fecha de adopción? _____

SOLO LLENE ESTA SECCIÓN SI LOS SERVICIOS DE PROTECCIÓN INFANTIL O CPS ESTÁN INVOLUCRADOS:

Los CPS están involucrados, pero el niño/la niña permanece con el/los padre(s) natural(es).

Domicilio: _____

Calle _____ Apto. _____ Ciudad _____ Código postal _____

Colocación fuera del hogar: Colocación con familiares Cuidado en albergue Cuidado de acogida Centro de enfermería especializada

Otro: _____

Identificar contacto: Padre(s) Padre(s) de acogida Familiar tutor/cuidador Trabajador social de la agencia

Nombre del cuidador: _____ Tel. de la casa: _____ Celular: _____

Domicilio: _____

Calle _____ Apto. _____ Ciudad _____ Código postal _____

Nombre del trabajador social: _____ Teléfono: _____

Nombre de la agencia: _____

NOMBRE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR *Use una página adicional si es necesario*

| NOMBRE | EDAD | SEXO | RELACIÓN CON EL NIÑO/LA NIÑA |
|--------|------|------|------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

HISTORIAL DE EMBARAZO Y NACIMIENTO

Ciudad de nacimiento: _____ Estado: _____

Complicaciones durante el embarazo (si hubo alguno): _____

Semanas/Meses de embarazo: _____ El parto fue (marque uno) Normal Cesárea De nalgas

Peso al nacer: _____ lb _____ oz

Complicaciones durante el parto (si hubo alguno): _____

¿Cuál era el estado de la madre después del parto? _____

¿Cuál era el estado del bebé después del parto? _____

HISTORIAL MÉDICO¿Le han diagnosticado alguna vez una enfermedad a su hijo(a)? Sí No

Nombre de la enfermedad: _____

Fecha del último examen físico: _____ Resultados: _____

Marque todas las enfermedades/problemas que su hijo(a) ha tenido desde el nacimiento. También, indique la edad en que la enfermedad/problema se presentó

| ✓ | ENFERMEDAD/PROBLEMA | EDAD | ✓ | ENFERMEDAD/PROBLEMA | EDAD | ✓ | ENFERMEDAD/PROBLEMA | EDAD |
|--------------------------|---------------------------------|------|--------------------------|---------------------------------|------|--------------------------|---------------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | Cianosis (coloración azul) | | <input type="checkbox"/> | Anomalías | | <input type="checkbox"/> | Amigdalitis | |
| <input type="checkbox"/> | Ictericia (coloración amarilla) | | <input type="checkbox"/> | Dificultad para comer | | <input type="checkbox"/> | Adenoidectomía | |
| <input type="checkbox"/> | Convulsiones/Crisis epilépticas | | <input type="checkbox"/> | Dificultades para dormir | | <input type="checkbox"/> | Sarampión | |
| <input type="checkbox"/> | Hemorragia | | <input type="checkbox"/> | Dolor de cabeza | | <input type="checkbox"/> | Sinusitis | |
| <input type="checkbox"/> | Erupción en la piel | | <input type="checkbox"/> | Llanto excesivo | | <input type="checkbox"/> | Amigdalectomía | |
| <input type="checkbox"/> | Asma | | <input type="checkbox"/> | Cólicos | | <input type="checkbox"/> | Lesiones en la cabeza | |
| <input type="checkbox"/> | Bronquitis | | <input type="checkbox"/> | Paperas | | <input type="checkbox"/> | Dificultad para tragar/sucionar | |
| <input type="checkbox"/> | Escarlatina | | <input type="checkbox"/> | Meningitis | | <input type="checkbox"/> | Fiebre reumática | |
| <input type="checkbox"/> | Varicela | | <input type="checkbox"/> | Difteria | | <input type="checkbox"/> | Neumonía | |
| <input type="checkbox"/> | Polio | | <input type="checkbox"/> | Fiebre alta (sobre 104° F) | | <input type="checkbox"/> | Diabetes | |
| <input type="checkbox"/> | Encefalitis | | <input type="checkbox"/> | Lesiones en el oído | | <input type="checkbox"/> | Problemas de visión | |
| <input type="checkbox"/> | Resfríos frecuentes | | <input type="checkbox"/> | Infecciones del oído frecuentes | | <input type="checkbox"/> | Lagrimo excesivo | |
| <input type="checkbox"/> | Insuficiencia renal | | <input type="checkbox"/> | Drenaje de oídos | | <input type="checkbox"/> | Labio y paladar hendido | |
| | | | <input type="checkbox"/> | Tubos auditivos | | | | |

| ✓ | ENFERMEDAD/PROBLEMA | **POR FAVOR, DESCRIBA** | EDAD |
|--------------------------|------------------------------|-------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | Accidentes o lesiones graves | | |
| <input type="checkbox"/> | Cirugías | | |
| <input type="checkbox"/> | Alergias | | |
| <input type="checkbox"/> | Otros | | |

NOMBRE DE LOS MÉDICOS QUE SU HIJO(A) HA VISTO/ESTÁ VIENDO

| NOMBRE DEL MÉDICO PRIMARIO/PEDIATRA | DIRECCIÓN | TELÉFONO |
|---------------------------------------|-----------|----------|
| | | |
| NOMBRE(S) DE MÉDICO(S) Y ESPECIALIDAD | DIRECCIÓN | TELÉFONO |
| | | |
| | | |
| | | |

Escriba todos los dispositivos asistenciales/adaptativos que el niño/la niña usa (ej. prótesis, ayudas para la movilidad, sistemas de comunicación):

Escriba todos los dispositivos médicos que su niño(a) usa (ej. respirador, tubo-g, oxígeno):

¿Usa su hijo(a) aparatos auditivos? Sí No Si es así, fecha de la receta médica:

¿Usa su hijo(a) anteojos) Sí No Si es así, fecha de la receta médica:

ESCRIBA TODAS LAS MEDICAMENTOS QUE SU HIJO(A) ESTÁ TOMANDO EN ESTE MOMENTO Y EL MOTIVO:

| Nombre del medicamento | Dosis | Hora que se toma | Fecha de la receta | Motivo |
|------------------------|-------|------------------|--------------------|--------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

HISTORIAL DE DESARROLLO

Por favor, indique la edad en que su hijo(a) demostró por primera vez cada uno de los siguientes comportamientos de desarrollo:

| | | | |
|--------------------------------|--|------------------------|--|
| Demostró respuesta a la mamá: | | Giró en la cama: | |
| Siguió objetos con los ojos: | | Gateó: | |
| Se volteó al escuchar sonidos: | | Se paró solo: | |
| Sonrió: | | Se sentó solo: | |
| Mantuvo la cabeza levantada: | | Caminó solo: | |
| Balbuceó: | | Aprendió a ir al baño: | |
| Dijo sus primeras palabras: | | | |

¿El desarrollo de su hijo(a) cambió o se detuvo repentinamente? Sí No Si fue así, ¿a qué edad? _____

DIETA:

Preferencias alimenticias: _____

Alimento que le disgusta: _____

Consistencia de los alimentos: Normal Picado Molido Puré**CUIDADO PERSONAL:**Come: Dependiendo de otros Con guía de mano sobre mano Con los dedos Independientemente

Equipo adaptativo: _____

Se viste: Dependiendo de otros Con algo de ayuda Independientemente

Necesita ayuda con: _____

Uso del baño: Pañales Calzones de entrenamiento Independientemente

Necesita ayuda con: _____

Hábitos de dormir: _____

Horas de descanso: _____

| √ | Marque la(s) declaración(es) que describa mejor el desarrollo de lenguaje de su hijo(a) |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Tiene dificultad para seguir instrucciones. |
| <input type="checkbox"/> | Sigue instrucciones simples. |
| <input type="checkbox"/> | Entiende todo lo que se le dice. |
| <input type="checkbox"/> | Tiene dificultad para expresar lo que quiere/necesita. |
| <input type="checkbox"/> | Usa más gestos que palabras para comunicarse. |
| <input type="checkbox"/> | Habla en frases u oraciones cortas. |
| <input type="checkbox"/> | Se involucra en conversaciones apropiadas. |
| <input type="checkbox"/> | ¿Otras personas tienen dificultad para entender a su hijo(a) cuando habla? |

| √ | Marque todos los problemas de comportamiento que su hijo(a) presenta actualmente. |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | No se lleva bien con otros niños. |
| <input type="checkbox"/> | No se lleva bien con adultos. |
| <input type="checkbox"/> | Prefiere estar solo(a). |
| <input type="checkbox"/> | Es muy activo(a). |
| <input type="checkbox"/> | Es físicamente agresivo(a). |
| <input type="checkbox"/> | Es testarudo(a). |
| <input type="checkbox"/> | Moja la cama. |
| <input type="checkbox"/> | Otro (Explique/Describa): |

¿Existe algún historial familiar de demora en el desarrollo? Sí No Si es así, por favor, explique: _____¿Cree que su hijo(a) está teniendo alguna dificultad en el hogar? Sí No Caso sim, favor explicar: _____¿Cree que su hijo(a) está teniendo dificultades en la escuela? Sí No Caso sim, favor explicar: _____

Otras inquietudes: _____

Sus observaciones/conocimiento de las fortalezas y debilidades de su niño(a) serán de gran utilidad en el proceso de evaluación.

La actividad/juguete favorito de mi hijo(a): _____

La actividad/juguete que menos le gusta a mi hijo(a): _____

Describiría a mi hijo(a) como: _____

Mi hijo(a) es bueno(a) en: _____

Los cambios/progresos que he notado recientemente en mi hijo(a): _____

Algunas de las esperanzas que tengo para mi hijo(a) son: _____

La información/los servicios que necesito para ayudar a mi hijo(a): _____

¿Ha tenido su hijo(a) alguna vez alguna de las siguientes evaluaciones?

- Psicológica/del desarrollo** Fecha: _____
 ¿Quién realizó la evaluación? _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
- Psiquiátrica** Fecha: _____
 ¿Quién realizó la evaluación? _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
- Habla y Lenguaje** Fecha: _____
 ¿Quién realizó la evaluación? _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
- Audición** Fecha: _____
 ¿Quién realizó la evaluación? _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
- Visión** Fecha: _____
 ¿Quién realizó la evaluación? _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
- Terapia Ocupacional** Fecha: _____
 ¿Quién realizó la evaluación? _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
- Terapia Física** Fecha: _____
 ¿Quién realizó la evaluación? _____
 Teléfono: _____ Teléfono: _____
- Neurológica** Fecha: _____
 ¿Quién realizó la evaluación? _____
 Teléfono: _____ Teléfono: _____
- En espera de remisión** Fecha: _____
 ¿Para qué tipo de evaluación? _____

TERAPIAS QUE EL NIÑO/LA NIÑA ESTÁ RECIBIENDO ACTUALMENTE

PT – Terapia Física N.º de veces por semana: _____
 ¿Qué agencia?: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____

OT – Terapia Ocupacional N.º de veces por semana: _____
 ¿Qué agencia?: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____

ST – Terapia del Habla N.º de veces por semana: _____
 ¿Qué agencia?: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____

ABA – Terapia Conductual N.º de veces por semana: _____
 ¿Qué agencia?: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____

OTRAS AGENCIAS/CLÍNICAS/SERVICIOS SOCIALES DE ASISTENCIA AL NIÑO/LA FAMILIA

| Nombre de la Agencia/Clínica/Servicio Social | Persona de contacto | Servicios provistos |
|----------------------------------------------|---------------------|---------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

HISTORIAL EDUCATIVO

Escriba los prekínder que su hijo(a) ha asistido

| Nombre | Local | Fecha de inicio | Motivo de salida |
|--------|-------|-----------------|------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Si el niño o la niña no va a la escuela, ¿quién lo(a) cuida durante el día? _____

¿Hay alguna otra información que el equipo debería saber sobre su hijo(a)? _____

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

CUESTIONARIO PARA PADRES DE NIÑOS EN EDAD TEMPRANA

FDLRS# _____

Nombre del niño: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Llenado por: (Apellido) _____ (Nombre) _____

Marcar (✓) todos los enunciados que mejor describan al niño

Socioemocional

| ✓ 'SÍ' | Descripción | Comentarios |
|--------|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| | Cariñoso, amoroso | |
| | Parece disfrutar de la escuela | |
| | Juega con juguetes apropiadamente | |
| | Juega con otros niños apropiadamente | |
| | Tiene algunos amigos | |
| | No tiene amigos | |
| | Evita o se incomoda con otros niños | |
| | Poco dispuesto a compartir los juguetes | |
| | No quiere participar en actividades | |
| | Busca atención ("¡Mírame!") | |
| | Generalmente está contento | |
| | Demuestra poca emoción | |
| | Demuestra demasiada emoción | ____ Descontento ____ Temeroso ____ Enojado ____ Lloroso |
| | Se separa del padre con dificultad | |
| | Se aísla, prefiere estar solo | |
| | Lastima a otros | ____ A propósito ____ Sin intención |
| | Demuestra remordimiento, lo lamenta | |

Sensoriomotriz

| ✓ 'SÍ' | Descripción | Comentarios |
|--------|--------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| | A menudo no responde a sonidos | ____ Diagnóstico de pérdida auditiva |
| | Demasiado sensible a sonidos/olores/contacto físico/texturas | ____ Sonidos ____ Olores ____ Contacto físico ____ Texturas |
| | A menudo se topa con cosas | |
| | Se cae con frecuencia | |
| | Conductas inusuales. Ej.: Se mece, se golpea la cabeza, agita las manos. | |

Autoayuda

| ✓ 'SÍ' | Descripción | Comentarios |
|--------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| | Come solo | |
| | Se lava las manos | |
| | Ayuda con tareas simples | |
| | Evita peligros comunes. Ej.: Estufa caliente, cristal roto. | |
| | Se viste | ____ con ayuda ____ sin ayuda, independientemente |
| | Usa pañales o pull-ups | ____ y avisa al adulto cuando necesita cambiarse |
| | Usa el inodoro con ayuda | ____ y avisa al adulto cuando necesita ir |
| | Usa el inodoro sin ayuda | |

(continuar en la siguiente página)

| Comunicación | √ 'Sí' | Descripción | Comentarios |
|--------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| | | Hace contacto visual y lo mantiene | |
| | | Usa gestos. Ej.: Señala, dice adiós con la mano | |
| | | Usa expresiones faciales. Ej.: Sonríe, frunce el ceño. | |
| | | Entiende cuando se le hacen gestos. Ej.: Mira hacia donde se le señala | |
| | | Vocaliza, hace sonidos | |
| | | Repite las palabras para aprenderlas | |
| | | Usa palabras para comunicarse | |
| | | Usa oraciones para comunicarse | |
| | | Sigue instrucciones simples | |
| | | Repite palabras y frases sin motivo aparente | ___ Repite lo que escucha ___ Repite comerciales, propagandas, videos, etc. |
| | | Usa jerga o lenguaje incomprensible | |
| | | Usa palabras, pero no habla claramente | |
| | Tiene dificultad para contestar preguntas simples | | |

| Obediencia | √ 'Sí' | Descripción | Comentarios |
|------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| | | Busca agradar | |
| | | Generalmente es cooperador | |
| | | Tiene dificultad para seguir instrucciones | ___ No entiende ___ No quiere |
| | | Tiene dificultad para cambiar de actividad | |
| | | Tiene dificultad para aceptar cambios en la rutina habitual | |
| | | Insiste en que sea a su manera | |
| | No respeta los límites de comportamiento | | |

| Autocontrol | √ 'Sí' | Descripción | Comentarios |
|-------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| | | Demuestra buen autocontrol | |
| | | Falta de atención y control | ___ distraído ___ impulsivo ___ no puede mantenerse quieto |
| | | No mantiene una actividad ni termina una tarea | |
| | | Tiene rabietas con frecuencia | |
| | | Pierde el control; tiene momentos de "crisis" | |
| | | Necesita supervisión la mayor parte del tiempo | |
| | | Palabras agresivas. Ej.: pone apodos, insulta, usa lenguaje vulgar | |
| | Acciones agresivas. Ej.: golpea, pateo, tira | Hacia: ___ objetos ___ niños ___ adultos ___ sí mismo | |

Revisado 01/20