

ESCUELAS PUBLICAS DEL CONDADO DE GWINNETT
PROGRAMA DE INTERVENCION TEMPRANA
CUESTIONARIO PARA EL REFERIDO A UNA EVALUACION DE EDUCACION ESPECIAL

INFORMACIÓN GENERAL

FECHA QUE COMPLETÓ LA FORMA: _____ COMPLETADO POR: _____

Nombre del niño/a: _____ Apodo: _____
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido)

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Por favor responda **ambas secciones** de esta pregunta de dos partes.

1. ¿Es el niño/a Hispano/Latino? (marque uno) ☐ No, no es Hispano/Latino ☐ Sí, es Hispano/Latino

2. Por favor seleccione la raza del niño/a de la lista a continuación:

☐ Indígena Americano/Nativo de Alaska ☐ Negro o Afroamericano ☐ Blanco
☐ Asiático ☐ Nativo de Hawái o nativo de otras Islas del Pacífico

MOTIVO DEL REFERIDO

Referido por: _____ Relación: _____

Motivo del referido (describa lo que más le preocupa de su niño/a y la razón por la que solicita una evaluación):

¿Cuándo notó el problema por primera vez? _____

¿Ha recibido alguna vez su niño/a una evaluación del Desarrollo o evaluación Psicológica? ☐ Sí ☐ No

Si contesto sí, ¿cuándo? _____ ¿dónde? _____

INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR Y LA FAMILIA

Dirección de la casa: _____
(Calle) (Ciudad) (Código postal)

Nombre del padre/tutor: _____ Edad: _____ Ocupación: _____

☐ Madre ☐ Padre ☐ Padre adoptivo ☐ Guardián ☐ Padrastro/Madrastra

Teléfono celular #: _____ Otro teléfono #: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del padre/tutor: _____ Edad: _____ Ocupación: _____

☐ Madre ☐ Padre ☐ Padre adoptivo ☐ Guardián ☐ Padrastro/Madrastra

Teléfono celular #: _____ Otro teléfono #: _____

Correo electrónico: _____

Estado civil de los padres: ☐ Casados ☐ Separados ☐ Divorciados ☐ Viudo/a ☐ Soltero/a

INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR Y LA FAMILIA (CONT.)

Su niño/a vive con: ☐ Ambos padres ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro: (_____)

Si los padres están separados o divorciados, ¿cuántos años tenía su niño/a cuando esto ocurrió? _____

¿Hay otro idioma (que no sea el inglés) hablado en el hogar? ☐ Sí ☐ No

Si contesto sí, ¿qué idioma(s)? _____ ¿Es éste el idioma principal en el hogar? ☐ Sí ☐ No

¿Qué idioma entiende mejor su niño/a? _____ ¿En qué idioma prefiere hablar su niño/a? _____

¿Necesita intérprete? ☐ para los padres ☐ para el niño/a ☐ ambos ¿En qué idioma? _____

Enumere todas las personas que viven actualmente en el hogar:

Nombre	Relación con el niño/a	Edad

Si algún hermano o hermana vive fuera del hogar, haga una lista de sus nombres y edades:

Nombre	Edad

Por favor, marque cualquier condición que algún miembro de la familia inmediata actualmente tenga o haya tenido (incluyendo los miembros de la familia que reciben servicios de educación especial). Indique la relación con el niño/a.

Condición:

- ☐ Problemas de aprendizaje
☐ Trastorno del habla/lenguaje
☐ Trastorno por déficit de atención
☐ Impedimento auditivo o visual
☐ Trastorno del espectro autista
☐ Otro: (_____)

Relación con el niño/a:

INTERVENCIÓN TEMPRANA Y/O SERVICIOS PREVIOS

¿Ha recibido su niño/a servicios con Babies Can't Wait (BCW) o cualquier otro servicio de terapia privado? ☐ Sí ☐ No
 (Si contesto sí, complete lo siguiente) Coordinador/Proveedor de Servicios: _____

Por favor, indique todos los servicios/terapias recibidas:

- ☐ Terapia de Lenguaje ☐ Terapia Ocupacional ☐ ABA ☐ Terapia de Alimentación
☐ Terapia Física ☐ Instrucción Especial ☐ Otro: (_____)

Su niño/a asiste: ☐ Guardería ☐ Preescolar ☐ Georgia Pre-K ☐ Head Start

Nombre de la Guardería/Pre-K: _____

Dirección: _____
 (Calle) (Ciudad) (Código postal)

Teléfono: _____ Nombre del profesor(a): _____

HISTORIAL DEL NACIMIENTO/DESARROLLO

¿Hubo alguna complicación durante el embarazo/parto? ☐ Sí ☐ No

Si contesto sí, por favor describa:

¿La madre experimentó algún problema con? (marque todas las que apliquen)

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Enfermedad crónica | ☐ Trauma | ☐ Parto prematuro |
| ☐ Sangrado vaginal | ☐ Toxemia | ☐ Hipertensión |
| ☐ Mala nutrición | ☐ Infección viral | ☐ Diabetes gestacional |
| ☐ Presión arterial alta | ☐ Preeclampsia | ☐ Otro: (_____) |

¿La madre tomó medicamentos? ☐ Sí ☐ No Si contesto sí, describa: _____

¿La madre fumó? ☐ Sí ☐ No

¿La madre ingirió bebidas alcohólicas? ☐ Sí ☐ No

¿La madre consumió drogas? ☐ Sí ☐ No Si contesto sí, por favor enumere: _____

¿El niño/a nació prematuro? ☐ Sí ☐ No Si contesto sí, ¿de cuántas semanas? _____

Tipo de parto:

- | | |
|--|--|
| ☐ Parto vaginal | ☐ Cesárea |
| ☐ Fórceps | ☐ Parto de nalgas |
| ☐ Succión | |

Peso al nacer: _____

¿El niño/a pasó tiempo en la unidad de cuidados intensivos (NICU)? ☐ Sí ☐ No

Si contesto sí, ¿por cuánto tiempo? _____ Razón: _____

¿El niño/a fue dado de alta con la madre? ☐ Sí ☐ No

Si contesto no, ¿cuánto tiempo estuvo hospitalizado? _____

¿Hubo problemas de alimentación/tragado? ☐ Sí ☐ No Si contesto sí, describa: _____

¿Hubo problemas para dormir o respirar? ☐ Sí ☐ No Si contesto sí, describa: _____

¿Hubo algún problema especial durante los primeros años de vida? ☐ Sí ☐ No

Si contesto sí, describa: _____

La siguiente es una lista de etapas del desarrollo. Por favor, indique la edad en la que el niño/a demostró cada habilidad:

Etapas del Desarrollo	Edad en meses	Etapas del Desarrollo	Edad en meses
Se volteó solo/a		Dijo varias palabras juntas	
Se sentó solo/a		Comió solo con sus manos/dedos	
Gateó		Comió con utensilios	
Caminó solo/a		Se vistió solo	
Balbuceó		Uso el baño solo/a	
Dijo su primera palabra		Dejo de orinarse en la noche	

INFORMACIÓN MÉDICA/SALUD

¿Ha sido su niño/a diagnosticado con algún síndrome o condición médica? ☐ Sí ☐ No Si contesto sí, especifique:

Diagnóstico	Fecha de diagnóstico	Por quién

Por favor, indique cuál de los siguientes su niño/a actualmente sufre o ha sufrido en el pasado:

Nombre	Actual	Pasado	Nombre	Actual	Pasado	Nombre	Actual	Pasado
Alergias (ALIMENTOS)	☐	☐	Crup	☐	☐	Hipotonía	☐	☐
Alergias (MEDICINA)	☐	☐	Citomegalovirus (CMV)	☐	☐	Meningitis	☐	☐
Alergias (POR CAMBIOS DEL TIEMPO)	☐	☐	Diabetes	☐	☐	Neumonía	☐	☐
Asma	☐	☐	Difteria	☐	☐	Reflujo	☐	☐
Trastorno Hemorrágico	☐	☐	Eczema	☐	☐	Convulsiones	☐	☐
Hemorragia Cerebral	☐	☐	Encefalitis	☐	☐	Lengua Atada/ Frenillo Corto	☐	☐
Resfriados Crónicos	☐	☐	Fiebres sobre 104 grados	☐	☐	Amigdalitis	☐	☐
Dolores de Cabeza Crónicos	☐	☐	Lesión en la cabeza/ Conmoción Cerebral ("concussion")	☐	☐	Nódulos Vocales	☐	☐
Paladar Hendido	☐	☐	Problemas Cardiacos	☐	☐	Anemia	☐	☐
Deformidades Craneofaciales	☐	☐	Hipo/Hipertiroidismo	☐	☐	Otro:	☐	☐

Haga una lista de cualquier operación, hospitalización, o lesión adicional que su niño/a haya tenido y a qué edad:

¿Ha tenido su niño/a antecedente de infecciones del oído? ☐ Sí ☐ No ¿con qué frecuencia? _____

Si contesto sí, ¿le han colocado tubos en los oídos? ☐ Sí ☐ No

Si contesto sí, ¿cuándo y a qué edad? _____ ¿cuántas cirugías ha necesitado? _____

¿Su niño/a utiliza algún dispositivo de asistencia/adaptación? (marque todos lo que apliquen)

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ gafas/espejuelos | ☐ AFO's (Ankle-Foot Orthotics) | ☐ andador/muletas |
| ☐ silla de ruedas | ☐ SMO's (Supra Malleolar Orthotics) | ☐ audífonos |
| ☐ otro: (_____) | | |

Por favor, haga una lista de cualquier medicamento que su niño/a esté tomando actualmente:

Medicamento	Dosis	Razón para tomar

DESARROLLO DE LA COMUNICACIÓN

	Sí	No
¿Le preocupa el desarrollo de la comunicación de su niño/a?	☐	☐
¿Su niño/a está usando palabras para comunicarse?	☐	☐
¿Su niño/a señala, apunta y/o usa gestos para comunicarse?	☐	☐
¿Su niño/a le toma de la mano y le guía a lo que quiere?	☐	☐
¿Su niño/a balbucea y/o usa jerga (palabras que nadie entiende)?	☐	☐
¿Su niño/a utiliza oraciones simples para comunicarse (por ejemplo, "mira perro")?	☐	☐
¿Su niño/a utiliza oraciones más largas para comunicarse (por ejemplo, "Mira, el perrito está comiendo")?	☐	☐
¿Es difícil de entender el habla de su niño/a?	☐	☐
¿Su niño/a tartamudea?	☐	☐
¿Tiene su niño/a la voz ronca o áspera?	☐	☐
¿Su niño/a comenzó a desarrollar lenguaje y luego se detuvo?	☐	☐

DESARROLLO COGNITIVO

	Sí	No
¿Le preocupa las destrezas académicas de su niño/a?	☐	☐
¿Su niño/a responde a su nombre cuando se le llama?	☐	☐
¿Su niño/a señala partes del cuerpo cuando se le pide?	☐	☐
¿Su niño/a parece estar aprendiendo conceptos preescolares (por ejemplo, grande/pequeño, más/menos)?	☐	☐
¿Su niño/a parece estar aprendiendo colores, números, formas?	☐	☐
¿Su niño/a señala laminas en un libro cuando se le pide?	☐	☐
¿Su niño/a sigue instrucciones simples de un solo paso (por ejemplo, "busca tus zapatos")?	☐	☐
¿Su niño/a sigue instrucciones de dos o tres pasos (por ejemplo, "busca tus zapatos y siéntate")?	☐	☐

DESARROLLO PERSONAL/SOCIAL

	Sí	No
¿Le preocupa el desarrollo personal/social de su niño/a?	☐	☐
¿Su niño/a prefiere jugar solo/a?	☐	☐
¿Juega su niño/a con otros niños de su misma edad?	☐	☐
¿Comparte su niño/a sus juguetes preferidos con otros niños?	☐	☐
¿Su niño/a toma turnos cuando juega con otros niños?	☐	☐
¿Tiene su niño/a dificultades con los cambios en su rutina?	☐	☐
¿Sigue su niño/a las instrucciones relacionadas con la rutina diaria del hogar o de la escuela?	☐	☐
¿Se frustra su niño/a fácilmente?	☐	☐
¿Su niño/a muestra agresión cuando se siente frustrado con los demás? Si contesto sí, por favor explique:	☐	☐

DESARROLLO MOTOR

	Sí	No
¿Le preocupa el desarrollo físico/motriz de su niño/a?	☐	☐
¿Es su niño/a capaz de caminar independientemente?	☐	☐
¿Es su niño/a capaz de correr independientemente?	☐	☐
¿Es su niño/a capaz de saltar/brincar independientemente?	☐	☐
¿Tiene su niño/a dificultad con su coordinación?	☐	☐
¿Puede su niño/a subir y bajar escaleras de pie?	☐	☐
¿Es su niño/a capaz de manipular objetos/juguetes pequeños?	☐	☐
¿Es su niño/a capaz de hacer una torre de bloques?	☐	☐
¿Su niño/a garabatea en un papel?	☐	☐
¿Es su niño/a capaz de imitar o copiar líneas y/o formas simples?	☐	☐

INFORMACIÓN ADICIONAL

	Sí	No
¿Es su niño/a mañoso (“picky”) para comer?	☐	☐
¿Es su niño/a muy sensible a los sonidos?	☐	☐
¿Es su niño/a muy sensible a las texturas?	☐	☐
¿Su niño/a se mete artículos/objetos no alimenticios en su boca?	☐	☐
¿Su niño/a se muerde a sí mismo/a o muerde a los demás?	☐	☐
¿Su niño/a busca hacer actividades como mecerse, girar o balancearse?	☐	☐
¿Se golpea la cabeza su niño/a cuando se frustra?	☐	☐
¿Su niño/a aparenta ser torpe, a menudo choca con cosas, se tropieza y/o se cae?	☐	☐
¿Su niño/a hace ruidos fuertes y/o extraños con frecuencia?	☐	☐
¿Su niño/a mira fijamente objetos que giran (por ejemplo, ruedas, abanicos, juguetes)?	☐	☐
¿Su niño/a muestra comportamientos repetitivos (por ejemplo, alinear sus juguetes, agitar sus manos frente a su cara, etc.)?	☐	☐

¿Cuáles son las actividades favoritas de su niño/a en la casa y/o en el preescolar?

¿Qué es lo que usted más disfruta y ama de su niño/a?

***Por favor incluya copias de cualquier informe o evaluación de terapia que pueda ser útil en nuestra evaluación de su niño/a. ***

Una vez que esté listo para enviar todos los documentos necesarios, hágalo mediante:

Correo:

Gwinnett County Public Schools

Department of Special Education/Early Intervention Program

Building 200

437 Old Peachtree Rd., N.W.

Suwanee, GA 30024

Fax: 678-301-6663

Correo electrónico: ecse@gcpsk12.org