

**DISTRITO ESCOLAR UNIDO DE ENCINITAS  
PROGRAMA DE INTERVENCIÓN  
ENCUESTA DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Domicilio de el estudiante: \_\_\_\_\_

|        |        |               |
|--------|--------|---------------|
| Ciudad | Estado | Código Postal |
|--------|--------|---------------|

Escuela a la que le corresponde asistir (la escuela pública que su hijo asistirá en kínder)

Asiste su hijo actualmente a un programa de preescolar Si: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_

Nombre del preescolar, días y horarios que asiste: \_\_\_\_\_

Describe informes acerca del desarrollo de su hijo en las siguientes áreas:

Lenguaje que habla su hijo: \_\_\_\_\_

Está aprendiendo: \_\_\_\_\_

Movimiento motriz menor (manos) mayor (cuerpo): \_\_\_\_\_

Autoayuda (al ir al baño, comer, etc.): \_\_\_\_\_

Salud: \_\_\_\_\_

Visión y oído: \_\_\_\_\_

Describe las habilidades de su hijo para jugar con otros niños: \_\_\_\_\_

Preocupaciones principales: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Que le gusta hacer, intereses, preferencias de su hijo(a): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por favor proporcione más informes acerca de alguna de las áreas donde usted piensa que el desarrollo de su hijo, es muy diferente al de compañeros de su misma edad:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor informe el nombre de doctores, psicólogos, terapeutas de lenguaje, terapeutas ocupacionales o terapeutas físicos, trabajadores sociales y maestros de preescolar que han trabajado con su hijo. Proporcione nombres completos, domicilios y números telefónicos de **cada uno** de los especialistas en **El Formulario de Autorización de Intercambio de Información**, incluido en este paquete. Esto permite a los empleados del EIP (Intervención Temprana de Preescolar), hablar acerca de su hijo(a) y obtener información de los expedientes de cada especialista. Si tiene copias de reportes y récords, por favor proporcione una copia para el equipo de EIP y adjúntelas a esta encuesta.

Por favor llene esta encuesta, los formularios apropiados para Compartir Información requeridas y adjunte los reportes y récords y entréguelo al equipo de EIP (Programa de Intervención Temprana) junto con los documentos apropiados en el paquete.

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre de Familia

\_\_\_\_\_  
Fecha