



Nombre del Niño: \_\_\_\_\_

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

**Florida Diagnostic & Learning Resources System – South (FDLRS-South)**  
**Paquete de Referido de Child Find**  
**Miami Killian Senior High**  
**10655 SW 97th Ave, Miami, FL 33176**  
**Office - Phone: 305-341-0998 or 305-274-3501**

Estimado Padre/Tutor,

Su hijo ha sido referido para una evaluación para determinar si existe una sospecha de retraso en el desarrollo o retraso en el habla/lenguaje. Si se justifica, su hijo será remitido a las Escuelas Públicas del Condado de Miami-Dade para una evaluación adicional. A continuación hay una lista de los documentos que deben completarse y enviarse antes de la evaluación programada.

Complete y proporcione la siguiente lista de documentos a FDLRS-South. Los documentos con un asterisco son necesarios para procesar el caso. Marque las casillas a la izquierda de los documentos listados si va a enviar ese artículo como parte de la referencia.

- Copia del certificado de nacimiento del niño \*** *(Si no está disponible, se aceptan pasaporte o certificado de bautismo)*
- Documentación de custodia \*** *(Requerido solo si el niño NO está bajo la custodia de un padre biológico)*
- Hoja Principal (adjunto)**
- FDLRS- South Child Find forma de observación para los padres (adjunto)**
- Equipo de Diagnóstico de Prekindergarten Resumen de la Historia Psicossocial del Estudiante (adjunto)**
- Encuesta Sobre el Idioma Hablado en el Hogar (FM # 5196) (adjunto)**
- Carta de Consentimiento para el Intercambio Mutuo de Información (FM # 2128) (adjunto)**
- Observación de las Conductas de los Estudiantes de Prekindergarten (adjunto)**  
*(FM # 4140 - Para que el maestro / terapeuta complete si el niño asiste a un centro de educación temprana o recibe terapia)*

**Documentos Adicionales Importantes de Child Find:**

Por favor, envíe copias de los siguientes registros, si están disponibles.

- Registros médicos relevantes (por ejemplo, neurológicos, genéticos, etc.)**
- Informe de la Vista (si realizado en el último año)**
- Audiencia / Informe Audiológico (si realizado en el último año)**
- Informe de Evaluación Psicológica**
- Informe de Evaluación de Habla /Lenguaje**
- Informe de Evaluación de la Conducta**
- Formulario de Audición y historial de salud auditiva**

Los documentos pueden enviarse a FDLRS-South utilizando uno de los siguientes métodos:

- Correo electrónico a la siguiente dirección: FDLRS-South@dadeschools.net
- Correo Postal o entrega a mano - FDLRS-South Child Find, 10655 SW 97th Ave, Miami, FL 33176

Si necesita ayuda para completar estos formularios o si tiene alguna pregunta, llame a al 305-341-0998 o 305-274-3501.

Sinceramente,  
El Equipo de Child Find de FDLRS-South

<p><b>ESTA SECCION ES PARA USO DE LA OFICINA DE CHILD FIND SOLAMENTE</b>  <b>Complete the following if referral is made by an Agency or School</b>  <b>Contact Person:</b> _____  <b>Agency/School:</b> _____  <b>Phone:</b> _____ <b>Fax:</b> _____</p>
--



FLORIDA DIAGNOSTIC & LEARNING RESOURCES SYSTEM-SOUTH  
HOJA PRINCIPAL

Elija una ubicación de para la evaluación:

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Oficina Principal</b>                  | <input type="checkbox"/> <b>Central</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Norte</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Sur</b>  |
| Miami Killian Senior High<br>10655 SW 97th Ave,<br>Miami, FL 33176 | Thena C. Crowder Early Childhood<br>Diagnostic and Special Education Center<br>757 NW 66 <sup>th</sup> Street<br>Miami, FL 33150 | Robert Renick Educational<br>Center<br>2201 NW 207 <sup>th</sup> Street<br>Miami Gardens, FL 33056 | Center for International<br>Education<br>900 NE 23 Avenue<br>Homestead, FL 33033 |

Fecha: \_\_\_\_\_ Referido por (nombre): \_\_\_\_\_

Teléfono de origen de referencia: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo:  H  M Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

Lenguaje primario: \_\_\_\_\_ Otro idioma que se habla en casa: \_\_\_\_\_

Asiste a preescolar:  S  N En caso afirmativo, nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Madre/Padre  Adoptivo/a  Guardián (nombre): \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Contacto Alternativo (nombre): \_\_\_\_\_ Relación al niño/a: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Razón del referido (Marque todo lo que corresponda)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Habla</b> (difícil de entender, hablar no es claro)                               | <input type="checkbox"/> <b>Comportamiento</b> (agresivo, dañarse a sí mismo o a otros, desatento, activo)  |
| <input type="checkbox"/> <b>Lenguaje Expresivo</b> (vocabulario hablado limitado)                             | <input type="checkbox"/> <b>Motricidad fina</b> (sostener, dibujar, agarrar, levantar objetos pequeños)     |
| <input type="checkbox"/> <b>Lenguaje Receptivo</b> (no parece entender, dificultad para seguir instrucciones) | <input type="checkbox"/> <b>Motricidad gruesa</b> (torpe, se cae mucho, falta de coordinación o equilibrio) |
| <input type="checkbox"/> <b>Socioemocional</b> (interacción con otros, habilidades sociales)                  | <input type="checkbox"/> <b>Dificultades de la vista</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Cognición</b> (parece atrasada, dificultad para retener información)              | <input type="checkbox"/> <b>Dificultades auditivas</b>  |

Diagnostico medico:  S  N Especificar: \_\_\_\_\_

Recibe Terapias:  Habla/Lenguaje  Terapia Física  Terapia Ocupacional  Comportamiento

Ubicación: \_\_\_\_\_ Comentarios: \_\_\_\_\_

**PARA USO DE CHILD FIND**

Código de lenguaje: \_\_\_\_\_ K- \_\_\_\_\_ Información recibida por: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Ingresado en CHRIS por (iniciales): \_\_\_\_\_

Cita de Evaluación: \_\_\_\_\_ DB#: \_\_\_\_\_

**Envíe por correo electrónico el formulario completo a FDLRS-South@dadeschools.net  
Contacto: FDLRS-South al 305-341-0998 o 305-274-3501**



**Florida Diagnostic & Learning Resources System-South (FDLRS-South)**  
**Formulario de Observación de Padres de Child Find**

**Nombre del Niño:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

**Persona que Completa este Formulario:** \_\_\_\_\_ **Relación con el Niño:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Marque el cuadrado al lado del comportamiento que sea motivo de preocupación (deje los cuadrados en blanco si no hay dudas).

**1. Comportamientos de Atención**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fácilmente distraído | <input type="checkbox"/> Breve lapso de atención        | <input type="checkbox"/> Impulsivo                              |
| <input type="checkbox"/> Muy activo           | <input type="checkbox"/> Dificultad para recordar cosas | <input type="checkbox"/> Necesita mucha atención de los adultos |

**2. Comportamientos Perturbadores**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Físicamente agresivo (golpes, empujones, picaduras, pellizcos) | <input type="checkbox"/> Se lastima intencionalmente | <input type="checkbox"/> Verbalmente abusivo (grita, usa lenguaje inapropiado) |
|---|--|--|

**3. Indicadores sociales / emocionales**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ansioso / nervioso  | <input type="checkbox"/> Parece infeliz   | <input type="checkbox"/> Evita la interacción con otros niños   |
| <input type="checkbox"/> Se frustra fácilmente   | <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para turnarse                                   | <input type="checkbox"/> Se molesta fácilmente  |
| <input type="checkbox"/> Repite los comportamientos una y otra vez (balanceo, ritmo, giro) | <input type="checkbox"/> Juega con un juguete una y otra vez durante un período muy largo | <input type="checkbox"/> Lloro frecuentemente   |
| <input type="checkbox"/> No se lleva bien con otros niños                                  | <input type="checkbox"/> Tiene rabieta frecuentes   | <input type="checkbox"/> Es demasiado temeroso en situaciones nuevas  |
| <input type="checkbox"/> Prefiere jugar solo   | <input type="checkbox"/> No se lleva bien con los adultos                                 | <input type="checkbox"/> No se involucra en juegos de simulación (alimentar al bebé, hablar por teléfono, etc.) |

**4. Habla/Lenguaje**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No sigue instrucciones simples                           | <input type="checkbox"/> Todavía utiliza un chupete regularmente   | <input type="checkbox"/> Tiene dificultad nombrando objetos básicos o personas  |
| <input type="checkbox"/> El habla no es comprendida por otros fuera de la familia | <input type="checkbox"/> No habla en oraciones de 3-4 palabras   | <input type="checkbox"/> La voz suena diferente de otros niños (áspera, nasal, ronca, aguda, demasiado suave, demasiado fuerte) |
| <input type="checkbox"/> No participa en la conversaciones                        | <input type="checkbox"/> Tartamudea con los sonidos ("m, m, m, mami"), repite palabras o frases, o se "atasca" en las palabras | <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para entendiendo lo que se le dice  |

**5. Habilidades Motoras**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Parece torpe o descoordinado                                  | <input type="checkbox"/> A menudo cae, se derrama o golpea las cosas                    | <input type="checkbox"/> Es inestable al caminar                            |
| <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para pasar las páginas de un libro de cartón | <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para sostener una botella o taza por sí mismo | <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para sosteniendo un crayón grueso |

**6. Habilidades de Autoayuda**

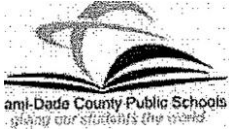
- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> No puede alimentarse por sí mismo de forma independiente | <input type="checkbox"/> Tiene accidentes frecuentes de ir al baño durante el día | <input type="checkbox"/> Necesita ayuda para lavarse / secarse las manos |
|---|---|--|

**7. Problemas Sensoriales**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Es quisquilloso para comer                | <input type="checkbox"/> Sensible al uso de cierta ropa (por ejemplo, calcetines, zapatos, etiquetas de ropa) | <input type="checkbox"/> No tolera grandes multitudes de personas |
| <input type="checkbox"/> Se cubre las orejas al oír ruidos fuertes |   |   |

**8. Otro**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tiene dificultad con los cambios en la rutina | <input type="checkbox"/> Frecuentemente moja la cama                   | <input type="checkbox"/> Tiene miedos inusuales                                  |
| <input type="checkbox"/> Tiene pesadillas frecuentes                   | <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para aprender reglas simples | <input type="checkbox"/> Se le ha pedido que se retire de una guardería infantil |
|  | <input type="checkbox"/> Camina de puntillas                           |  |
|  | <input type="checkbox"/> No responde al nombre cuando se le llama      |  |



ESCUELAS PUBLICAS DEL CONDADO MIAMI-DADE

**CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA EL INTERCAMBIO MUTUO DE INFORMACION  
(CONSENT FORM FOR MUTUAL EXCHANGE OF INFORMATION)**

Pecha \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Pecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Numero de identidad \_\_\_\_\_

Con la presente carta autorizo el intercambio de información en referencia a mi hijo o mi persona, \_\_\_\_\_, entre las Escuelas Publicas del Condado de Miami-Dade (MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS) y las siguientes agendas (incluyendo escuelas, medicos, sicólogos, hospitales, clinicas, etc., que han tenido que ver con su hijo/hija):

**Nombre**

**Dirección**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• Los documentos específicos divulgados conciernen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• La razón de tener estos documentos disponibles es: - - - - -

• **La(s) persona(s) que reciba(n) estos documentos no divulgará(n) la información con otras personas y/o agendas sin su consentimiento.**

Hago constar que soy el padre o tutor legal del *nino* cuyo nombre se menciona arriba o que soy un estudiante mayor de edad y estoy autorizado para firmar esta carta de autorización.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado

\_\_\_\_\_  
Código postal

Sírvase devolver esta carta a:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS

**HOME LANGUAGE SURVEY**

To Be Completed By Parent or Guardian

Student 1.0. No. \_\_\_\_\_

Student Name \_\_\_\_\_  
 Last First Middle

Date of Birth Month Day Year Grade \_\_\_\_\_ Parent Language \_\_\_\_\_ Student Language \_\_\_\_\_  
 Ethnic (Check all that apply)

Date Entered U.S. School: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (Y/N) that apply Race: White  Black  Asian  American Indian  Native Pacific Islander

Month Day Year \_\_\_\_\_ American Indian  Native Pacific Islander

If the answer is "YES" to any of these questions, the student must be tested for English proficiency.

1. Is a language other than English used in the home? Yes  No

2. Did the student have a first language other than English? Yes  No

3. Does the student most frequently speak a language other than English? Yes  No

School \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_

ESCUELAS PUBLICAS DEL CONDADO DE MIAMI-DADE  
**ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA HABLADO EN EL HOGAR**

Dabe ser completado por el/la padre/madre o tutor/a No. De LD, \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_  
 Apellido Nombre Inicial

Fecha de Nacimiento Mes / Dia / Año Grado \_\_\_\_\_ Lengua Paterna \_\_\_\_\_ Idioma del Estudiante \_\_\_\_\_  
 Origen Etnico {Marque

Fecha de Entrada a la Escuela de los Estados Unidos: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (SIN) todo lo pertinente) Raza: Blanco  Negro  Asiatico  Indigena de los EEUU  Oruldo de las Islas del Pacifico

Si responde "SI" a alguna de estas preguntas, el estudiante debe tomar un examen para saber cual es su conocimiento de Ingles.

1. ¿Usan en su casa algún otro idioma que no sea el Ingles? SI  No

2. ¿Tuvo el estudiante una lengua materna distinta al Ingles? SI  No

3. ¿Habla el estudiante frecuentemente otro idioma que no sea el Ingles? SI  No

Escuela \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Firma del Padre/Madre \_\_\_\_\_

MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS  
**SONDAJ SOU KI LANG TIMOUN NAN PALE**

Pou paran oubyen moun ki responsab timoun nan ranpli No. LO, Elev La \_\_\_\_\_

Non Elev la \_\_\_\_\_ Non fanmi \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_  
 Dat FEit li Mwa / Jou / Ane Klas \_\_\_\_\_ Lang paran Yo \_\_\_\_\_ Lang Elev La \_\_\_\_\_  
 Etnisite {Tcheke tout  
 Oat OU Antre U.S. Lek6l: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Espay6l \_\_\_\_\_ (WIN) saki aplike Ras: Blan  Nwa  Azyatik   
 Mwa Jou Ane Amriken Endyen  Natif Il Pasifik

Si repons lan se "WI" pou nenp6t nan kesyon anba yo, elev la dwe pran yon tes Angle,

1. Eske yo sevi ak yon lang ki pa Angle lakay li? WI  Non

2. Eske elev la te genyen yon premye lang anvan Angle? w; Q  Non

3. Eske elev la abitye pale yon lang ki pa Ang18? Wi  Non

LekOl \_\_\_\_\_ Oat \_\_\_\_\_ Siyati Paran \_\_\_\_\_



**FDLRS-South**  
**Resumen de la Historia Psicosocial del Estudiante**

		Fecha:
Nombre del Niño:	Fecha de Nacimiento:	Edad:
Escuela:	Nombre de la Persona Completando el Formulario :	
Cuestionario llenado por/ Relación con el niño:	Firma :	
Dirección:	Renta <input type="checkbox"/>	Propietario <input type="checkbox"/>
Teléfono:	Correo electrónico:	

**COMPOSICIÓN FAMILIAR**

Nombre	Relación al niño	Vive con el niño	Edad	Ocupación
	Madre	Si/No		
	Padre	Si/No		
		Si/No		
		Si/No		
		Si/No		

Lugar de nacimiento del niño: \_\_\_\_\_ Grupo Etnico de la Familia: \_\_\_\_\_  
 Idioma hablado en la casa: \_\_\_\_\_  
 ¿A que otros idiomas ha estado expuesto el niño? \_\_\_\_\_  
 Estado civil de padres o guardianes:  Soltero  Casado  Separado/divorciado  Viudo  
 ¿Qué le preocupa de su niño?: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**HISTORIA EDUCACIONAL**

¿Esta el niño asistiendo a una escuela o guarder a infantil?:  No  
 Si : Nombre de la escuela y fecha de ingreso \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Describe la experiencia de su niño en la escuela, sus fortalezas y desaf os: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**HISTORIA DEL DESARROLLO**

Describe el embarazo y el nacimiento del niño, factores de riesgo/dificultades:

Gestación (meses): \_\_\_\_\_ Peso al nacer: \_\_\_\_\_ Dificultades después de nacido: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

¿A qué edad el niño: Caminó: \_\_\_\_\_ Dijo sus primeras palabras: \_\_\_\_\_ Habló en frases: \_\_\_\_\_

Entrenado para baño?: \_\_\_\_\_

¿Se orina en la cama?: No  Si  Explique: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## **HISTORIA MEDICA/SALUD MENTAL DEL NIÑO**

Describa historia de enfermedades/ enfermedades crónicas/síndromes:

Alergias a comidas o medicinas: \_\_\_\_\_

Lesiones/Heridas, Cirugías, Accidentes, Hospitalizaciones: No  Si  fecha /Explique: \_\_\_\_\_

Medicinas que está tomando actualmente: \_\_\_\_\_

Dificultades para comer Si  No  Dificultades para dormir: Si  No  Dificultades al hablar o con lenguaje: Si  No

Dificultades de la vista: Si  No  Usa gafas/espeuelos: Si  No  Dificultades de audición: Si  No

¿Ha sido el niño examinado por un neurólogo, psicólogo u otro especialista? No  Si  Explique: \_\_\_\_\_

¿Se le ha hecho al niño algunas pruebas de diagnóstico tales como MRI, EEG, etc.? No  Si  Explique: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido el niño terapia del habla y lenguaje? Si  No  Si la ha recibido indique lugar y fechas: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido el niño terapia ocupacional, física, o de comportamiento (ABA)? Si  No ; Si las ha recibido, donde y en que fechas: \_\_\_\_\_

Historial familiar de problemas de aprendizaje/médicos/salud mental: \_\_\_\_\_

## **RELACIONES INTERPERSONALES/COMPORTEAMIENTO**

Describa el comportamiento general del niño en el hogar: \_\_\_\_\_

Métodos de disciplina usados en el hogar: \_\_\_\_\_

Describa las relaciones del niño con otros niños: \_\_\_\_\_

Intereses y fortalezas del niño: \_\_\_\_\_

Comportamiento: Se distrae fácilmente: Si  No  Se frustra fácilmente: Si  No  Agresivo: Si  No   
Independiente: Si  No  Impulsivo: Si  No  Perretas/rabietas: Si  No

Si contestó que sí, explique: \_\_\_\_\_

## **EXPERIENCIAS TRAUMATICAS/CAUSANTES DE ESTRES**

Ha estado el niño expuesto/afectado por: Separación/Divorcio: Si  No

Enfermedades graves o muerte en la familia: Si  No

Intervención de la policía o DCF: Si  No  Eventos catastróficos: Si  No  Pérdida del hogar, desamparo: Si  No

Si contestó que sí, explique: \_\_\_\_\_

### **Información Adicional:**

## M-DCPS: Audición y historial de salud auditiva

HISTORIAL OTOLÓGICO: (Los problemas de oído incluyen, entre otros, infección de oído, dolor de oído, drenaje de oídos, medicamento tomado para un problema de oído, líquido notado por el médico detrás del tímpano, agujero en el tímpano, etc.)

1. ¿Cuántos problemas de oído ha tenido su hijo(a)?

Ninguna \_\_\_\_\_ 1-2 \_\_\_\_\_ 3-5 \_\_\_\_\_ 6-10 \_\_\_\_\_ 10 o más \_\_\_\_\_

2. ¿Ha tenido su hijo(a) algún problema de oído en los últimos 6 meses? SI NO

¿Si sí, cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Qué tipo de problema de oído? \_\_\_\_\_

Se administró medicamento: SI NO

3. ¿Tiene su hijo(a) alguno de los siguientes?

• Goteo frecuente de la nariz: SI NO

• Pitidos o zumbido en los oídos: SI NO

• Resfriados frecuentes o sinusitis: SI NO

• Mareo: SI NO

• Alergias: SI NO

4. ¿Alguien relacionado con el niño(a) ha tenido algún problema de oído? SI NO

¿Quién? (padre, hermano, hermana, primo, etc.) \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de problema de oído?

---

---

---

5. ¿Alguna vez su hijo(a) ha sido visto por un médico de oído, nariz y garganta (ENT)?

SI NO

¿En caso afirmativo, qué médico? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

6. ¿Alguna vez su hijo(a) se ha sometido a una cirugía de oído? SI NO

En caso afirmativo, describa:

---

---

---

7. ¿A su hijo(a) le ha hecho una prueba de audición previamente un audiólogo? SI NO  
¿En caso afirmativo, por quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
¿Cuáles fueron los resultados?

---

---

---

8. ¿Tiene su hijo(a) alguna pérdida auditiva permanente? SI NO  
En caso afirmativo, describa:

---

---

¿Alguna vez su hijo(a) ha usado amplificación? SI NO  
En caso afirmativo, ¿es el uso actual o cuándo se usaron por última vez?

---

---

**\*\*SI TIENE UNA EVALUACIÓN AUDIOLÓGICA ANTERIOR DENTRO DE UN AÑO, POR FAVOR ENVÍELA AL DEPARTAMENTO DE AUDIOLÓGÍA PARA SU REVISIÓN ANTES DE SU CITA\*\***



Miami-Dade County Public Schools  
OBSERVACION DEL COMPORTAMIENTO DEL ESTUDIANTE DE PREKINDERGARTEN

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Observador \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

**Para completar por la(s) maestra(s) o terapeuta(s) de niño.** Por favor marque los comportamientos que ocurren con más frecuencia que lo usual para niños de la misma edad. Si ningún comportamiento le preocupa, marque "Apropiado para su edad."

**I. Atención**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Se distrae fácilmente  | <input type="checkbox"/> D Se molesta/enoja cuando se cambian los planes                  |
| <input type="checkbox"/> Presta atención por muy poco tiempo                                  | <input type="checkbox"/> Es demasiado activo/hiperactivo                                  |
| <input type="checkbox"/> Es impulsivo   | <input type="checkbox"/> Le es difícil recordar cosas                                     |
| <input type="checkbox"/> Necesita ayuda de un adulto para permanecer concentrado en una tarea | <input type="checkbox"/> Parece estar "soñando despierto" o estar pensando en otras cosas |
| <input type="checkbox"/> Necesita demasiada atención de la maestra                            | <input type="checkbox"/> Apropiado para su edad   |

**II. Comportamientos Inapropiados o que Interrumpen al Grupo**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Discute con frecuencia                                   | <input type="checkbox"/> Es agresivo verbalmente                            |
| <input type="checkbox"/> Es agresivo físicamente (pega, pateo, rompe cosas, etc.) | <input type="checkbox"/> Intimida o controla por la fuerza a sus compañeros |
| <input type="checkbox"/> Se hace daño a sí mismo e.g. _____                       | <input type="checkbox"/> Apropiado para su edad                             |

**III. Indicadores de Ansiedad/Tristeza**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Es retraído   | <input type="checkbox"/> D Se siente abrumado o agobiado fácilmente      |
| <input type="checkbox"/> Es ansioso/nervioso                                   | <input type="checkbox"/> Llora fácilmente, en momentos inapropiados      |
| <input type="checkbox"/> D Parece descontento, triste                          | <input type="checkbox"/> Su estado de ánimo muestra cambios inapropiados |
| <input type="checkbox"/> Se enferma cuando se enoja, se preocupa, o se frustra | <input type="checkbox"/> Apropiado para su edad                          |

**IV. Lenguaje/Habla**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> D Tiene dificultad para comprender instrucciones u órdenes  | <input type="checkbox"/> D Tartamudea con frecuencia (e.g: m,m,m,muchos), repite palabras, frases o "se traba" al tratar de decir palabras |
| <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para nombrar personas u objetos            | <input type="checkbox"/> Tiene la voz ronca o nasal  |
| <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para hablar usando oraciones completas     | <input type="checkbox"/> Apropiado para su edad  |
| <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para sostener el tópico de la conversación |  |
| <input type="checkbox"/> Es difícil comprender lo que dice                           |  |

**V. Social/Emocional**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para controlarse a sí mismo al frustrarse  | <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para jugar con grupos de niños  |
| <input type="checkbox"/> D Tiene dificultad para compartir con otros niños   | <input type="checkbox"/> Evita la interacción con otros niños             |
| <input type="checkbox"/> Muestra comportamientos repetitivos e.g. _____  | <input type="checkbox"/> Le dan perretas/pataletas ¿Cuánto duran? _____   |
| <input type="checkbox"/> Se enoja o frustra fácilmente   | <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para esperar su turno           |
| <input type="checkbox"/> Muestra reacciones inusuales a estímulos sensoriales (e.g. luces, sonidos, olores, sabores, etc.) | <input type="checkbox"/> No utiliza la imaginación o la fantasía al jugar |
|  | <input type="checkbox"/> Apropiado para su edad                           |

**VI. Coordinación Motriz Gruesa y Fina**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Muestra poca estabilidad al caminar              | <input type="checkbox"/> Con frecuencia se le caen objetos, los tumba, o se le derraman líquidos |
| <input type="checkbox"/> Muestra poca coordinación muscular               | <input type="checkbox"/> Apropiado para su edad  |
| <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para utilizar un lápiz o crayón |  |

**VII. Actividades Cotidianas**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Con frecuencia tiene "accidentes" en vez de ir al baño | <input type="checkbox"/> Necesita ayuda para comer e.g. _____ |
| <input type="checkbox"/> Necesita ayuda para lavarse y secarse las manos        | <input type="checkbox"/> Apropiado para su edad               |

Comentarios / Áreas que le preocupan: \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_