

Distrito Escolar Westside Union
Cuestionario para padres de niños en edad preescolar

Office Use Only (Uso de Oficina Solamente)

Date Received by SSS (fecha recibido) : _____ Program: DIS _____

Preschool Team (Equipo Pre escolar): _____

Home School (Escuela de Residencia): _____

Receiving Teacher (Maestro que recibe): _____

1. Información del Estudiante

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo _____

Etnicidad: _____ Teléfono de casa _____

Dirección de la casa _____
Calle Ciudad Código Postal

Nombre de la madre _____ Numero de celular _____

Nombre del padre _____ Numero de celular _____

Nombre del tutor legal _____ Teléfono _____

Trabajador(a) social _____ Teléfono _____

2. Razón Específica para la Solicitud (marque todos los que apliquen)

- Habla/Lenguaje Auto ayuda Habilidades Motoras Finas Habilidades Motoras Gruesas
 Cognitiva Académico Social/Emocional Atención

Preocupación Principal _____

3. Servicios Especiales

¿Es su hijo un cliente del Centro Regional? _____ ¿Es su hijo un cliente del CCS? _____

Incluya otros profesionales que han evaluado y/o servido a su hijo(a) (habla y lenguaje, terapia física u ocupacional)

- Habla/Lenguaje Terapia Física Terapia Ocupacional
 Audiología Intervención Temprana Otro _____

¿Se ha hecho un diagnostico? _____

Por favor proporcione todos los reportes de evaluaciones de servicios o agencias previas.

4. Información/Historial Familiar

Idioma principal hablado en casa _____ Idioma hablado con el niño(a) _____

Idioma hablado por la persona que lo cuida _____

Miembros del hogar (hermanos, etc.)

5. Historial Prenatal/Nacimiento

Durante el embarazo la madre tuvo/uso: drogas _____ alcohol _____ cigarrillos _____
Enfermedad _____ accidentes _____ medicamentos _____ otro tipo de dificultades _____

El trabajo de parto fue Normal/Otro (si anoto otro, por favor explique) _____

El parto fue Normal/otro (si anoto otro, por favor explique) _____

Termino completo _____ Prematuro _____ Peso al nacer _____

¿Hubo problemas o complicaciones médicas con él bebé al nacer? Sí No

¿Cuánto tiempo estuvo él bebé hospitalizado? _____

6. Historial Medico

¿Su hijo sufre con frecuencia de resfriados, dolores de garganta o infecciones de oído? (explique qué tan frecuente le da y el tratamiento) _____

¿A su hijo se le han insertado tubos de timpanostomía? _____

¿Su hijo/a ha sufrido enfermedades, operaciones o lesiones graves? (explique) _____

¿Tiene su hijo(a) alergias? Alimentos Medicamento Ambiental

¿Historial de asma? _____ ¿Displasia Broncopulmonar? _____

¿Síndrome de disfunción reactiva de las vías respiratorias? _____

¿Problemas con los senos paranasales? _____ ¿Secreción nasal? _____

¿Su hijo respira por la boca? _____ ¿Su hijo se babea? _____

Medicamentos que toma su hijo actualmente: _____

¿Erupciones de la piel? _____

¿Problemas de la vista? _____ Fecha del último examen de la vista: _____ ¿Lentes? _____

¿Problemas de audición? _____ Fecha del último examen de audición: _____ ¿Prótesis auditiva? _____

¿Su hijo usa aparatos ortopédicos? _____

Ortesis tobillo-pie (AFO, por sus siglas en inglés) _____ Abrazaderas _____

Silla de ruedas _____

Otros problemas de salud: _____

Nombre y teléfono de su pediatra _____

7. Hitos del desarrollo

Por favor ponga la edad aproximada para las siguientes (si su hijo no tiene esta habilidad, escriba "todavía no"):

Se sienta solo _____
Gatea _____
Camina _____
Primeras palabras _____
Combina palabras _____

Toma de un vaso _____
Dejó el biberón _____
Se alimenta solo _____
Va al baño solo _____
Se lava las manos _____
Se lava la cara _____
Se pone el abrigo solo _____

¿Puede su hijo?

- Combinar colores
- Combinar formas/patrones simples
- Completar rompecabezas simples

¿Entiende su hijo los conceptos de?:

- Vacío/lleeno
- Pequeño/grande
- Por encima/por debajo

8. Habla/Lenguaje

Circule los siguientes sonidos que su hijo puede hacer en este momento:

M N P H W B F T D K G

Su hijo/a hizo o hace esto... (Incluya la edad cuando sea aplicable)

- | | | | |
|--------------------------------|---|--------------------------------|---|
| <u>Edad</u> | <input type="checkbox"/> _____ Balbucea | <u>Edad</u> | <input type="checkbox"/> _____ Intenta imitar el hablar |
| <input type="checkbox"/> _____ | Usa jerga (habla sin decir palabras reales) | <input type="checkbox"/> _____ | Nunca uso su voz |
| <input type="checkbox"/> _____ | Vocaliza para placer | <input type="checkbox"/> _____ | Adquirió el habla y luego dejó de hablar |
| <input type="checkbox"/> _____ | Se comunica con llorar/reírse/sonreírse | <input type="checkbox"/> _____ | Tiene su propio lenguaje |
| <input type="checkbox"/> _____ | Usa gestos significativamente | <input type="checkbox"/> _____ | Usa lenguaje de señas |

¿Cuáles son las formas de comunicación más frecuentes de su hijo/a?

_____ ver objetos _____ gestos _____ apuntar a objetos _____ manipulación física
_____ sonidos _____ palabras _____ frases _____ oraciones completas

¿Cuántos años tenía su hijo/a cuando uso su primera palabra con significado, aparte de "mama" o "dada"? _____

¿Hace su hijo/a preguntas? _____

¿Puede su hijo/a seguir instrucciones de un paso y dos pasos? _____

¿Tiene su hijo/a dificultad en pronunciar sonidos? _____ Si es así, ¿cuáles son? _____

¿Pueden los padres entenderlo al hablar? _____ ¿familiares? _____ ¿compañeros de juego? _____

¿Maestros? _____

9. Desarrollo Motor

Motor Grueso: Su hijo...

- ¿Parece torpe y sin coordinación?
- ¿Se cae o pierde el equilibrio fácilmente?
- ¿Sube y baja las escaleras independientemente?
- ¿Salta de un escalón de abajo?
- ¿Puede equilibrarse en un pie (al menos 5 segundos)?
- ¿Atrapar una pelota usando sus brazos estando sentado/parado?

Motor Fino: Su hijo...

- ¿Marca con crayones?
- ¿Enhebra cuentas?
- ¿Construye una torre con bloques? ¿Cuántos? _____
- ¿Corta papel con tijeras?
- ¿Imita líneas de dibujo?
 ____ líneas verticales ____ líneas horizontales ____ líneas circulares

10. Desarrollo Auto Ayuda

- ¿Puede su hijo/a sentarse en una silla a comer? _____ ¿Come con el resto de la familia? _____
- ¿Come comidas solidas? _____ ¿Come comidas semi solidas? _____
- ¿Come comidas hechos puré? _____ ¿Come comidas de bebé? _____
- ¿Tiene dificultades en tragar? _____ ¿en masticar? _____
- ¿Puede su hijo/a darse de comer por si solo/a? _____ ¿con tenedor? _____ ¿con cuchara? _____ ¿con las manos? _____
- ¿Puede su hijo/a tomar líquidos independientemente? _____ ¿usa popote? _____ ¿usa taza entrenadora? _____ ¿usa botella? _____

Requiere asistencia en tomar (explique) _____

¿Requiere equipo especializado para comer? _____

Preocupaciones adicionales _____

Habilidades para usar el baño: ¿Puede su hijo/a iniciar la necesidad de utilizar el baño? _____

Marque lo que su hijo/a puede hacer sin ninguna ayuda:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Localiza el baño | <input type="checkbox"/> Se desabrocha los pantalones |
| <input type="checkbox"/> Se baja los pantalones | <input type="checkbox"/> Se sienta en la taza del baño/ inodoro |
| <input type="checkbox"/> Usa el papel higiénico apropiadamente | <input type="checkbox"/> Se sube los pantalones |
| <input type="checkbox"/> Se ajusta la ropa | <input type="checkbox"/> Jala la cadena |

Hábitos Especiales

- Necesita sentarse
- Requiere asistencia para sentarse o mantenerse sentado
- Usa bacinica
- Usa un asiento especial para el inodoro u otro aparato _____
- Se orina en los pantalones durante el día (¿con cuanta frecuencia?) _____
- Se hace popo en los pantalones (¿con cuanta frecuencia?) _____
- Usa pañales
- Se orina en la noche (¿con cuanta frecuencia?)
- Requiere una sonda

11. Socialización

¿Su hijo/a interactúa con otros niños frecuentemente? (hermanos, guardería, pre escuela, niñera, grupo de juego)

Marque todos los que apliquen:

- Interactúa bien con niños
- Atento
- Intenta nuevas actividades
- Fácilmente se frustra/agite
- Agresivo
- Destructivo
- Comportamientos inapropiados (por favor anote) _____
- Interactúa bien con adultos
- Cooperativo
- Dificultades de separación
- Contacto visual bajo
- Aislado
- Comportamiento auto abusivo

12. Información General

¿Cuáles son las fortalezas de su hijo/a? _____

¿Cuáles son los juguetes y actividades preferidos de su hijo/a? _____

¿Tiene su hijo/a miedos significativos? _____

13. Escuela Previa/Pre escuela a la que Asistió:

Nombre de la Escuela: _____

Número telefónico: _____ Persona de Contacto: _____