

INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT 196
Rosemount-Apple Valley-Eagan Public Schools

Educamos, impulsamos el desarrollo e inspiramos a nuestros estudiantes para que tengan éxito toda su vida

Número de serie **501.3.2.1P** Adoptado **abril de 1994** Revisado **July 2026**

Asunto Cuestionario de historia infantil

**Evaluación de la salud y el desarrollo en la
primera infancia**
(Requerido antes del ingreso a la escuela)

Traiga a su cita:

- Formularios completados
(se encuentran en www.district196.org/screening)
- Documento que verifique la edad de su hijo

Estimado padre/ tutor:

Para ayudar a garantizar el éxito en la escuela, el estado de Minnesota exige que todos los niños que ingresan a la escuela pública sean evaluados antes de ingresar al kínder (o antes de ingresar al primer grado, si su hijo no asistió al kínder). La ley alienta a los padres/tutores a que hagan que sus hijos sean evaluados antes de su cuarto cumpleaños. La evaluación puede ser realizada por el Distrito 196, otro distrito escolar o por un proveedor u organización de atención médica pública o privada. No es necesario que su hijo sea evaluado por el Distrito 196 si ha recibido una evaluación comparable por parte de otro proveedor u organización durante el año anterior y esos legajos se envían al Distrito 196 a más tardar 30 días después de que su hijo asista por primera vez a una escuela pública.

La evaluación de la primera infancia es una revisión y control cuidadosos de la salud, el bienestar y el desarrollo de su hijo. Juntos, padres y profesionales identifican fortalezas y áreas que pueden requerir atención especial antes de que su hijo ingrese a la escuela. Los evaluadores no determinan si su hijo está listo para el kínder. Al final de la evaluación, un miembro del personal realizará una entrevista resumida y abordará cualquier inquietud que tenga sobre la salud o el desarrollo de su hijo. Tendrá la oportunidad de estar con su hijo todo el tiempo y recibirá una copia de los resultados de la evaluación. Toda la información permanecerá privada. El proceso de la evaluación dura aproximadamente 60 minutos.

Para cancelar o cambiar su cita, comuníquese con la Oficina de Evaluación de la Primera Infancia al **651-423-7899**. Reprograme su cita si su hijo tiene una enfermedad transmisible como varicela, conjuntivitis, faringitis estreptocócica, impétigo, etc.

Le sugerimos que no traiga a otros niños a la cita de evaluación.

NOTA A LOS PADRES: Por favor, rellene el resto de este formulario antes de la cita de su hijo. Esta información nos ayudará a brindarle a su hijo un examen completo de la salud y el desarrollo. Completar este formulario es opcional. También puede negarse a responder preguntas o proporcionar información sobre circunstancias familiares que puedan afectar el desarrollo y la identificación de factores de riesgo que puedan influir en el aprendizaje. Negarse a responder dichas preguntas o proporcionar dicha información no impedirá que su hijo se inscriba en la escuela si se cumplen todos los demás componentes de la evaluación. La información recopilada en este formulario y en la evaluación será utilizada con fines de evaluación por los empleados y agentes del Distrito 196 con responsabilidades relacionadas con dicho programa. También puede compartirse con el Departamento de Educación o según lo autorice la ley. No está obligado a proporcionar la información solicitada; sin embargo, su negativa puede impedir que el distrito complete la evaluación obligatoria. La evaluación de la primera infancia no sustituye la atención médica continua de su médico de cabecera, dentista u otros proveedores de atención médica.

INFORMACIÓN GENERAL Y FAMILIAR

Nombre de la persona que completa el formulario _____ Fecha en que se completó _____

Relación con el niño _____ Correo electrónico _____

Dirección _____ Número de teléfono _____

Hijo o hija _____ Sexo _____ Fecha de nacimiento _____
apellido primer nombre segundo nombre

HISTORIA DE SALUD

Marque las casillas si tiene inquietudes o preguntas sobre la salud de su hijo . . .

- | | | | |
|---|---|--|--|
| ☐ Crecimiento | ☐ Uso de tétanos | ☐ Respirar/toser | ☐ Amigos/habilidades sociales |
| ☐ Ir al baño | ☐ Oídos/audición | ☐ Estómago | ☐ Aprendizaje |
| ☐ Dolores de cabeza | ☐ Boca | ☐ Caminar/equilibrio | ☐ Comportamiento |
| ☐ Hábitos de sueño | ☐ Nariz | ☐ Hablar | ☐ Sentimientos/estados de ánimo |
| ☐ Hábitos alimentarios/dieta | ☐ Convulsiones | ☐ Nivel de actividad | ☐ Otra |
| ☐ Ojos/vista | ☐ Dientes | ☐ Piel/moretones/erupciones | |

NOTAS: _____

¿Tiene seguro médico? ☐ Sí ☐ No

Fecha de la última visita a: médico _____ dentista _____ otro especialista en salud _____ oftalmólogo _____

Enfermedades graves _____

Estancias hospitalarias y/o cirugías _____

HISTORIA DEL DESARROLLO

Peso al nacer del niño _____ Alturas al nacer del niño _____ Nació a las _____
semanas de gestación

¿La madre del niño experimentó algún problema durante el embarazo? ☐ No ☐ Sí
En caso afirmativo, explique
(medicamentos, sarampión, toxemia, etc.) _____

¿Hubo algún problema con el trabajo de parto, el nacimiento o durante el período de recién nacido? ☐ No ☐ Sí
En caso afirmativo, explique (parto por cesárea, sufrimiento fetal, síndrome de dificultad respiratoria, necesidad de reanimación, ictericia, etc.) _____

Hitos del desarrollo _____

Indique si ocurrió temprano, a tiempo o tarde.

Sentarse solo ☐ Temprano ☐ A tiempo ☐ Tarde Caminar solo ☐ Temprano ☐ A tiempo ☐ Tarde

Decir palabras individuales ☐ Temprano ☐ A tiempo ☐ Tarde

Decir oraciones de dos palabras ☐ Temprano ☐ A tiempo ☐ Tarde Ir al baño ☐ Temprano ☐ A tiempo ☐ Tarde

El niño estaba principalmente apegado a: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Ambos ☐ Otro _____

Los ciclos de alimentación y sueño fueron: ☐ Regulares ☐ Irregulares

El niño era: ☐ Fácil de cuidar ☐ Promedio/más o menos igual que cualquier otro niño ☐ "Desafiante"

¿Hubo algún cambio en los cuidadores principales del niño durante los primeros tres años
(diferente niñera, la madre empezó a trabajar, etc.)? _____ ☐ No ☐ Sí

En caso afirmativo, ¿a qué edad y en qué circunstancias? _____

¿Alguna vez usted o alguien más ha tenido preocupaciones sobre el crecimiento físico general y/o el desarrollo intelectual,
social, emocional o motor de su hijo? ☐ No ☐ Sí En caso afirmativo, explique _____

Describa las fortalezas y/o necesidades especiales de su hijo _____

Agregue cualquier comentario o pregunta sobre el desarrollo temprano de su hijo _____

COMPORTAMIENTOS

Marque las casillas correspondientes si le preocupan los siguientes comportamientos de su hijo . . .

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ No comparte | ☐ Inseguro de sí mismo, parece carecer de confianza | ☐ Se distrae fácilmente, tiene poca capacidad de atención, dificultad para concentrarse, inquieto |
| ☐ Se muerde las uñas | ☐ Parece preocupado o ansioso | ☐ Hace berrinches |
| ☐ Se chupa el pulgar | ☐ Es celoso con sus hermanos | ☐ No coopera, es desafiante y desobediente |
| ☐ Aguanta la respiración | ☐ Parece inmaduro en comparación con otros niños de su edad | ☐ Es agresivo con los demás, verbal o físicamente |
| ☐ Miente | ☐ Muy dependiente de los adultos | |
| ☐ Destruye cosas | ☐ Busca atención inapropiada | |
| ☐ Es sensible, con sentimientos fáciles de herir, llora con facilidad | ☐ Sueña despierto, parece preocupado | |

☐ Otra (explique) _____

RECURSOS

Agencias o programas en los que su hijo ha participado: (marque todos los que correspondan)

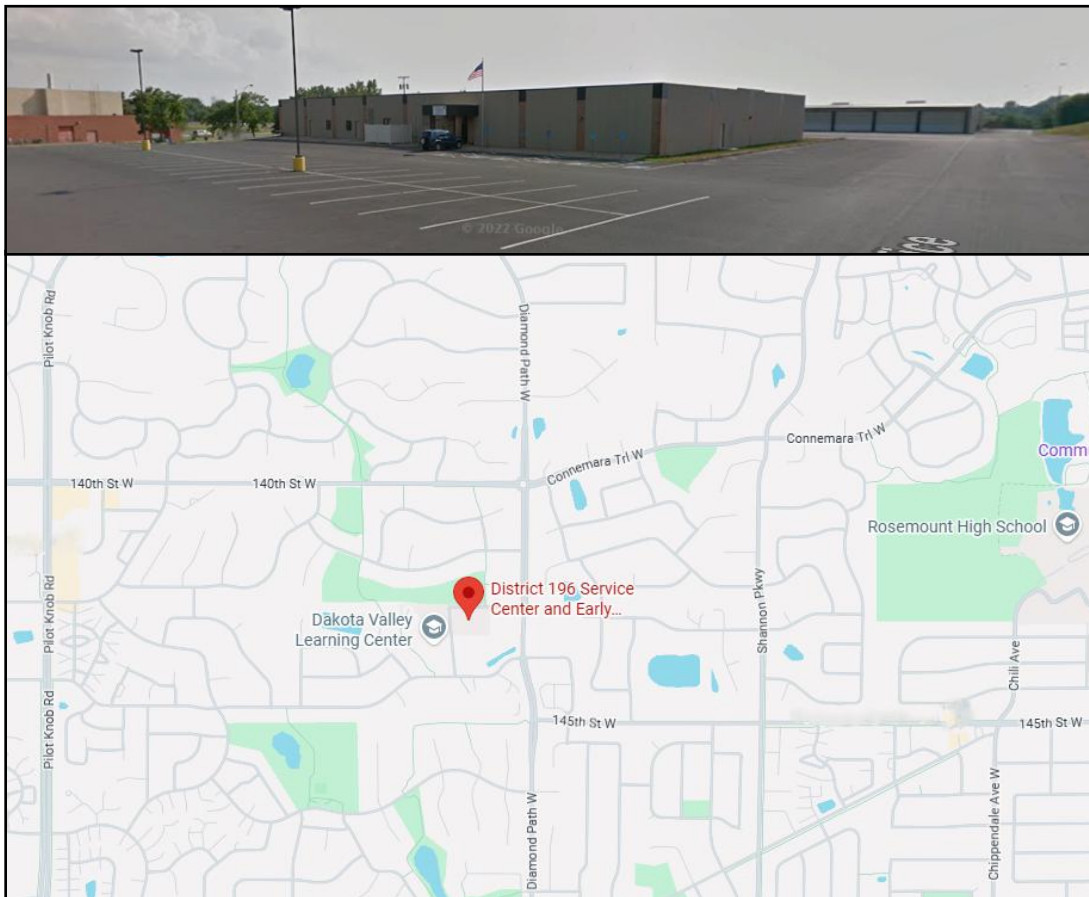
- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Enfermería de salud pública | ☐ Educación especial en la primera infancia | ☐ Institución religiosa |
| ☐ Servicios sociales del condado de Dakota | ☐ Educación familiar en la primera infancia | ☐ Mujeres, bebés y niños (Women, Infant and Children, WIC) |
| ☐ Centro de asesoramiento familiar | | ☐ Madres y niños (Mothers and Children, MAC) |
| ☐ Preescolar | | |
| Desea información sobre: (marque todo lo que corresponda) | ☐ Ayuda con problemas personales | ☐ Clases de inglés |
| ☐ Conocer a otras familias | ☐ Programas de preescolar | ☐ Ropa |
| ☐ Grupos de padres | ☐ Cuidado de niños | ☐ Otro _____ |
| | ☐ Programas recreativos | |
| | ☐ Desarrollo de la Educación General (General Education Development, GED) | |

INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT 196

Rosemount-Apple Valley-Eagan Public Schools

DISTRICT SERVICE CENTER - DOOR #1

Early Childhood Screening
14301 Diamond Path Apple
Valley, MN 55124



District Service Center

14301 Diamond Path W, Apple Valley, MN 55124

Para obtener más información, comuníquese al 651-423-7899 o ecscreening@district196.org.