



Fecha Recibido \_\_\_\_\_  
(Para Uso de la Oficina)

# PRUEBAS DE BUSQUEDA DE NIÑOS

Queridos Padres/Guardianes, por favor complete el paquete adjunto y regréselo a:

**El Distrito Elemental de Osborn #8**

**Atención: Student Services**

**1226 W Osborn Rd**

**Phoenix, AZ 85013**

**Oficina: 602 707-2014**

**Email: [Lfonseca@osbornsd.org](mailto:Lfonseca@osbornsd.org)**

**Por favor asegúrese de incluir la siguiente información con el paquete:**

Prueba de Domicilio (Copia de un recibo de la hipoteca, contrato de renta,  
recibo de servicios, (APS, recibo de agua, etc.)

Copia del Certificado de Nacimiento

Tarjeta de Vacunas

Identificación de Padres

Cualquier otra evaluación o pruebas

Resultados recientes de exámenes de la vista y oídos (Si existen)

**PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE  
LISTA DE VERIFICACION PARA EL EXPEDIENTE DE  
BUSQUEDA DE NINOS.**

|                                            |                                                                                 |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Incluido<br/>(Por favor<br/>marque)</b> |                                                                                 |
|                                            | <b>Paquete completo y regresado a la<br/>oficina de Servicios al Estudiante</b> |
|                                            | <b>Prueba de Domicilio</b>                                                      |
|                                            | <b>Copia de Identificación de los Padres</b>                                    |
|                                            | <b>Certificado de Nacimiento del niño/a<br/>(verificar edad)</b>                |
|                                            | <b>Tarjeta de Vacunas</b>                                                       |
| <b>Si      No</b>                          | <b>Paso Examen de Vista      Fecha:</b>                                         |
| <b>Si      No</b>                          | <b>Paso Examen de Oídos      Fecha:</b>                                         |
| <b>Opcional</b>                            | <b>Copia de evaluaciones o notas de<br/>terapia</b>                             |

**Fecha Propuesta de prueba:** \_\_\_\_\_

**Hora Propuesta de Prueba:** \_\_\_\_\_

**Mejor Contacto de Padres:** \_\_\_\_\_

## Formulario de Información de Pruebas Prescolares

### 1. Información sobre el niño y de los que lo cuidan

|                                          |                                                                     |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Nombre legal complete del niño/a         |                                                                     |
| Nombre Preferido                         |                                                                     |
| Fecha de Nacimiento / edad               |                                                                     |
| Fecha completada                         |                                                                     |
| Cuidador completando la forma y relación |                                                                     |
| Telefono / Correo electronico            |                                                                     |
| Lenguaje del hogar                       |                                                                     |
| Interprete requerido                     | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si — Lenguaje: |
| -Prescolar/ Guardería, si hay            |                                                                     |

### 2. ¿Porque está asistiendo a estas pruebas?

¿Cuál es su mayor preocupación o preguntas que tiene sobre el desarrollo de su hijo?

---



---



---

|                                       |                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuándo noto por primera vez?         |                                                                                                                                                                                                  |
| ¿Quién más comparte una preocupación? | <input type="checkbox"/> Nadie <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Prescolar/guardería <input type="checkbox"/> Proveedor Medico <input type="checkbox"/> Otro             |
| Previas pruebas / evaluación?         | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Tipo / Fecha/Resultado:                                                                                                                  |
| Servicios actuales?                   | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Habla <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> P T <input type="checkbox"/> Intervención Temprana <input type="checkbox"/> Otro |

### 3. Desarrollo a gran escala

Por cada área, marque la mejor declaración que describe su vista actual.

| Areas de Desarrollo                                                                                                             | Ninguna Preocupacion     | Algo de Preocupacion     | Muy Preocupante          | Ejemplos / Comentario |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Comunicacion<br>Comprensión de lenguaje, usar palabras, signos, gestos o un dispositivo de comunicación;<br>Claridad del habla  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       |
| Pensamiento y aprendizaje:<br>curiosidad, resolución de problemas, imitación, memoria, conceptos, libros y aprendizaje temprano | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       |

|                                                                                                                                         |                          |                          |                          |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Movimiento<br>Caminando, corriendo,<br>brincando, balanceando, uso de<br>manos, dibujando,<br>rompecabezas, y juguetes<br>manipulativos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Relaciones socioemocionales y de<br>juego, jugar, compartiendo placer,<br>copiando, comportamiento,<br>atención y transiciones.         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| Vida Diaria<br>Alimentando, vistiendo, usando<br>el baño, dormir, seguridad, y<br>anticipación en rutinas                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |

#### 4. Indicadores Rápidos de Desarrollo

| Que observa usted                                                                          | Usualmente               | A veces                  | Todavía<br>no            | No estoy<br>segura/o     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Responde a su nombre, voces, y sonidos diarios                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Entiende preguntas e instrucciones comunes                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Comunica lo que quiere, necesita, e ideas en una manera familiar que<br>adultos entienden. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aprende nuevos juegos o destrezas de rutinas cuando se<br>modela y practica                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se mueve con seguridad y usa manos efectivamente durante<br>juego y rutina diaria          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Demuestra interés en gente y comparte placer, atención y<br>juegos                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Participa en rutinas familiares con apoyo esperado según la<br>edad                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Las destrezas continúan en desarrollo; no ha habido perdida en<br>destrezas usadas antes   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### 5. Resumen de salud, oídos y visión

| Cosas                                                                                                      | Responde                                                                                            | Breves detalles |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Embarazo, Nacimiento, o complicaciones de recién nacido que<br>pudo afectar el desarrollo                  | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No se              |                 |
| Enfermedades serias, hospitalizaciones, cirugías, ataques<br>epilépticos y condiciones médicas existentes. | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si                                             |                 |
| Medicinas actuales, alergias, restricción de dietas, o plan de<br>salud/seguridad                          | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si                                             |                 |
| Preocupaciones del oído, infecciones frecuentes, o responde<br>a sonido/nombre                             | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si                                             |                 |
| Preocupaciones sobre la vista, alineación ocular, entrecerrar<br>los ojos o ver objetos                    | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si                                             |                 |
| Perdidas de destrezas usadas anteriormente                                                                 |                                                                                                     |                 |
|                                                                                                            |                                                                                                     |                 |
| Exámenes recientes de oídos                                                                                | Fecha <input type="checkbox"/> Paso <input type="checkbox"/> No paso <input type="checkbox"/> No se |                 |

|                                |                                                                                               |
|--------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Exámenes recientes de la vista | <input type="checkbox"/> Paso <input type="checkbox"/> No paso <input type="checkbox"/> No se |
| Proveedor Primario             | Fecha                                                                                         |

Por favor explique brevemente cualquier respuesta "SI" u otra información importante de salud

---



---



---

## 6. Participa en rutinas diarias

¿Qué rutinas son más fáciles o más agradables para su hijo?

---



---



---

Que rutinas son difíciles (por ejemplo: comida, juego, separación, grupos, transiciones, ir al baño o a la hora de dormir

---



---



---

¿Que ayuda a su hijo aprender, comunicarse, calmarse o participar?

---



---



---

## 7. Prioridades familiares

Cuál es la habilidad más importante que te gustaría que tu hijo/a desarrollara a continuación?

---



---



---

Hay algo en el idioma, cultura, rutinas o circunstancias de tu familia que nos ayude a entender a su hijo/a?

---



---

# OSBORN

Distrito Escolar #8

---



---

¿Alguna más que le gustaría que el equipo examinador sepa?

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Firma de Cuidador              |  |
| Fecha                          |  |
| Mejor manera/hora de comunicar |  |

Para uso de Equipo Examinación

|                                  |  |  |
|----------------------------------|--|--|
| Fecha de examinación / localidad |  |  |
|----------------------------------|--|--|

### Para Uso de los Examinadores Solamente

|                                        |                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Áreas examinadas herramienta(s)        |                                                                                                                                                                                      |
| Resultados de examen de Oídos          | <input type="checkbox"/> Paso <input type="checkbox"/> Referido <input type="checkbox"/> No completado                                                                               |
| Resultados de examen de vista          | <input type="checkbox"/> Paso <input type="checkbox"/> Referido <input type="checkbox"/> No completada                                                                               |
| Resultado de pruebas de desarrollo     | <input type="checkbox"/> No acción futura por ahora <input type="checkbox"/> Referir para evaluación<br><input type="checkbox"/> Reexaminar/monitorear <input type="checkbox"/> Otro |
| Resultados informados a la familia     | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Fecha _____ Método                                                                                                              |
| Persona responsable / pasos siguientes |                                                                                                                                                                                      |
| Nombre y rol del examinador            |                                                                                                                                                                                      |
| Firma / Fecha                          |                                                                                                                                                                                      |



**Arizona Department of Education**  
Office of English Language Acquisition Services

**Encuesta sobre el Idioma en el Hogar**

La escuela utiliza las respuestas a esta Encuesta del idioma del hogar (HLS) para proporcionar los programas y servicios educativos más apropiados para el estudiante. **Las respuestas que aparezcan a continuación determinarán si un estudiante tomará la Evaluación de aprendices del idioma inglés de Arizona (AZELLA).** Responda a cada una de las tres preguntas con la mayor precisión posible. Si necesita corregir alguna de sus respuestas, esto debe hacerse antes de que el estudiante tome el Examen AZELLA.

**1. ¿Qué idioma hablan las personas en el hogar *la mayoría* del tiempo?**

---

**2. ¿Qué idioma habla el estudiante *la mayoría* del tiempo?**

---

**3. ¿Qué idioma habló o entendió el estudiante *primero*?**

---

|                               |  |                              |  |
|-------------------------------|--|------------------------------|--|
| Nombre del estudiante _____   |  | Distrito _____               |  |
| Fecha de nacimiento _____     |  | Núm. de identificación _____ |  |
| Firma del padre o tutor _____ |  | SSID _____                   |  |
| Distrito o Charter _____      |  | Fecha _____                  |  |
| Escuela _____                 |  |                              |  |

Please provide a copy of the Home Language Survey to the EL Coordinator/Main Contact on site.  
In AzEDS, please enter all three HLS responses.

Preguntas en conformidad con (R7-2-306(B)(1),(2)(a-c) del Código Administrativo de Arizona. (Revised 05-2023)  
1535 West Jefferson Street • Phoenix, Arizona 85007 • 602-542-0753 • [www.azed.gov/oelas](http://www.azed.gov/oelas)