

Apellido:

Primer Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Formulario de Antecedentes de Desarrollo

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE			
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Hoy
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Sobrenombre	
Nombre del Contacto de Emergencia	Contacto de Emergencia #	Relación con el Niño	
El niño vive con <input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre		Otra(s) persona(s) que viven en el hogar	
Tutor(es) Legal(es) del Niño si es distinto de ambos padres			
Por favor, indique cualquier restricción legal activa actualmente en relación con este niño y adjunte la documentación			
Nombre de la persona que completa este formulario		Relación con el Niño	
INFORMACIÓN DE LOS PADRES			
Padre/Tutor 1 Apellido		Padre/Tutor 1 Primer Nombre	
Padre/Tutor 1 Dirección			
Ciudad	Estado	C.P.	Teléfono Principal
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento		Último Grado Completado
Ocupación	Lugar de Empleo		Teléfono de Trabajo
Padre/Tutor 2 Apellido		Padre/Tutor 2 Primer Nombre	
Padre/Tutor 2 Dirección			
Ciudad	Estado	C.P.	Teléfono Principal
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento		Último Grado Completado
Ocupación	Lugar de Empleo		Teléfono de Trabajo
ANTECEDENTES EDUCATIVOS			
¿Su niño ha asistido previamente a un programa preescolar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		En caso afirmativo, nombre del programa	
Fechas en las que asistió	Horas por día	Días por semana	
Yo, el padre/tutor legal del niño antes mencionado, doy permiso a las Escuelas Públicas de Gardner para revisar los registros escolares escritos previos de mi niño y/o para conversar con su(s) maestro(s) anterior(es.)		Firma del Padre/Tutor	
Por favor, marque cualquiera de los servicios que su niño recibe <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> 504 <input type="checkbox"/> Habla <input type="checkbox"/> DCF <input type="checkbox"/> Intervención Temprana			
ANTECEDENTES FAMILIARES			
¿Existe algún antecedente familiar que pueda afectar la adaptación del niño a la escuela? (Por favor, marque y comente los eventos familiares que sean aplicables.)			
<input type="checkbox"/> Adopción	Comentarios:		
<input type="checkbox"/> Colocación para Cuidado de Acogida	Comentarios:		
<input type="checkbox"/> Separación entre Padre-Niño	Comentarios:		

Apellido:

Primer Nombre:

Fecha de Nacimiento:

<input type="checkbox"/> Otro		Comentarios:		
Información sobre los hermanos:				
Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento	Salud	Vive en la Casa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento	Salud	Vive en la Casa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento	Salud	Vive en la Casa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento	Salud	Vive en la Casa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
¿Algún hermano mayor ha demostrado dificultades en la escuela? En caso afirmativo, por favor describa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO				
Comentarios:				
¿Alguna vez este hermano recibió servicios especiales para cualquiera de las siguientes situaciones? (Por favor, marque y comente los servicios aplicables.)				
<input type="checkbox"/> Habla		Comentarios:		
<input type="checkbox"/> Emocional		Comentarios:		
<input type="checkbox"/> Discapacidad Física		Comentarios:		
<input type="checkbox"/> Retraso en el Desarrollo		Comentarios:		
HITOS DEL DESARROLLO				
A qué edad su niño por primera vez:	¿Se sentó?	¿Caminó?	¿Controló ir al baño durante el día?	
¿Controló ir al baño durante la noche?	¿Usó palabras sencillas?	¿Usó oraciones?	¿Durmió toda la noche?	
¿Su niño ha comido algún producto que no sea un alimento, como pintura, sucio, lápices, papel, etc.? En caso afirmativo, por favor explique. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO				
Comentarios:				
¿Su niño ha mostrado cualquier comportamiento inseguro como ingestión de píldoras/medicamentos, correr hacia la carretera, iniciar un incendio, etc.? En caso afirmativo, por favor explique. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO				
Comentarios:				
DESARROLLO SOCIAL				
Por favor, indique las preferencias del niño en relación con los juegos y la interacción social. (Marque todas las que apliquen.)				
<input type="checkbox"/> Juego Solitario		<input type="checkbox"/> En Grupos		<input type="checkbox"/> Con Niños más Grandes
<input type="checkbox"/> Con Niños más Pequeños		<input type="checkbox"/> Con el Grupo de su Edad		<input type="checkbox"/> No Tiene Preferencias
Describa la relación del niño con su:	Padre			
	Madre			
	Hermanos			
	Otros Miembros de la Familia			
¿El niño se relaciona con facilidad con niños y adultos que no son de la familia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO				
Comentarios:				
¿El niño tiene miedos o fobias severos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO				
Comentarios:				
¿Dificultades para Dormir?		¿Duerme con Intranquilidad?		¿Ronca?

Apellido:

Primer Nombre:

Fecha de Nacimiento:

¿Rechina los Dientes?	¿Camina Dormido?	¿Terror Nocturno?
¿Alguien en su familia ha experimentado convulsiones u otros problemas neurológicos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		
Comentarios:		
¿Alguien en su familia ha experimentado dificultades de atención? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		
Comentarios:		
¿Existe algún problema médico o de salud mental significativo con cualquier miembro de su familia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		
Comentarios:		
¿Tiene usted alguna preocupación sobre el comportamiento de su niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		
Comentarios:		
¿Alguna vez su niño ha asistido a asesoría o terapia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		
Comentarios:		
ANTECEDENTES MÉDICOS		
Prenatal – Marque todas las que ocurrieron durante el embarazo de este niño:		
<input type="checkbox"/> Aumento Excesivo de Peso (>25 libras)	<input type="checkbox"/> Poco Aumento de Peso (<10 libras)	<input type="checkbox"/> Sangrado o Manchado
<input type="checkbox"/> Diabetes Gestacional	<input type="checkbox"/> Toxemia/Presión Sanguínea Elevada	
<input type="checkbox"/> Exposición de la madre a sarampión, paperas, o varicela durante el embarazo		
Parto – Marque todas las que ocurrieron durante el parto de este niño:		
<input type="checkbox"/> Parto Espontáneo (comenzó por sí solo)	<input type="checkbox"/> Parto Inducido	<input type="checkbox"/> Parto Vaginal (Cabeza Primero)
<input type="checkbox"/> Parto Vaginal (Pies Primero)	<input type="checkbox"/> Parto con Fórceps	<input type="checkbox"/> Parto con Cesárea*
*Si el Parto fue con Cesárea, ¿el motivo fue estrés fetal (el bebé estaba teniendo problemas)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		
Neonatal – Marque todas las que ocurrieron durante la etapa de recién nacido de este niño:		
<input type="checkbox"/> Requirió Oxígeno Suplementario	<input type="checkbox"/> Parto Prematuro (_____ semanas antes)	<input type="checkbox"/> Ictericia Severa, Episodio de Coloración Azulada
<input type="checkbox"/> Convulsiones/Ataque Epiléptico de Recién Nacido	<input type="checkbox"/> Nacido con Problema Médico (a saber, parálisis cerebral, fibrosis quística, etc.)	
Comentarios:		
Fecha de Parto del Niño	Peso al Nacer del Niño	Pasó _____ días en el Hospital como recién nacido
Resumen del Estatus Médico Aplicable al Niño (Por favor, marque y comente todas las que apliquen.)		
<input type="checkbox"/> Condición Respiratoria (a saber, asma, bronquitis)	Comentarios:	
<input type="checkbox"/> Condición Crónica en la Piel (a saber, eczema)	Comentarios:	
<input type="checkbox"/> Condición Neurológica (a saber, convulsiones, TDAH)	Comentarios:	
<input type="checkbox"/> Toma Medicamentos Regularmente	Comentarios:	
<input type="checkbox"/> Fiebre del Heno, Polen, Alergias de Tipo Estacional	Comentarios:	
<input type="checkbox"/> Alergias (alimentos, picada de abeja, contacto, medicamentos)	Comentarios (indique la alergia específica y el tratamiento requerido):	

Apellido:

Primer Nombre:

Fecha de Nacimiento:

<input type="checkbox"/> Dificultades de Audición. ¿Usa Aparatos de Ayuda Auditiva?	Comentarios:	
<input type="checkbox"/> Infecciones Auditivas Frecuentes o Recurrentes	Comentarios:	
<input type="checkbox"/> Dificultades de la Visión; Apariencia de Estrabismo	Comentarios:	
<input type="checkbox"/> ¿Usa Lentes o Parches?	Comentarios:	
<input type="checkbox"/> Dificultades Dentales/para tragar/para masticar	Comentarios:	
<input type="checkbox"/> Condición Muscular/Esquelética	Comentarios:	
<input type="checkbox"/> ¿Usa Soporte/Zapatos Correctivos?	Comentarios:	
ACTIVIDADES BÁSICAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO		
Este niño puede (marque todas las que apliquen):	<input type="checkbox"/> ¿Usar cucharilla y tenedor para comer sin derramar la comida?	<input type="checkbox"/> ¿Lavar y secar sus propias manos?
<input type="checkbox"/> ¿Vestirse solo?	<input type="checkbox"/> ¿Sacar y meter botones?	<input type="checkbox"/> ¿Quedarse en el cuidado diario o con la niñera sin hacer berrinches?
Este niño tiene (marque todas las que apliquen):	<input type="checkbox"/> ¿Alguna dificultad para comer?	<input type="checkbox"/> ¿Algún problema para dormir?
<input type="checkbox"/> ¿Problemas con pesadillas o terror nocturno?	<input type="checkbox"/> ¿Sangrado por la nariz con frecuencia?	
¿Su niño sabe ir solo al baño, con raros accidentes solamente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		
Su niño disfruta (marque todas las que apliquen):		
<input type="checkbox"/> ¿Participar en Juegos de Grupo Activos (por ejemplo, la traes)?	<input type="checkbox"/> ¿Participar en Juegos de Grupo Tranquilos (por ejemplo, damas)?	<input type="checkbox"/> ¿Jugar Solo y de forma Independiente?
¿Su niño juega solo sin la supervisión directa de un adulto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		
Este niño (marque todas las que aplican):	<input type="checkbox"/> ¿Juega exitosamente con rompecabezas, bloques y otros juegos de construcción sin ayuda?	
<input type="checkbox"/> ¿Escribe y dibuja en lugar de hacer garabatos?	<input type="checkbox"/> ¿Sostiene el lápiz apropiadamente?	<input type="checkbox"/> ¿Prefiere la mano derecha? <input type="checkbox"/> ¿Mano izquierda? <input type="checkbox"/> ¿Ambas?
<input type="checkbox"/> ¿Tropieza y cae con facilidad?	<input type="checkbox"/> ¿Tropieza con las cosas?	<input type="checkbox"/> ¿Tiene dificultad para subir o bajar escaleras?
Este niño puede (marque todas las que apliquen):	<input type="checkbox"/> ¿Andar en triciclo?	<input type="checkbox"/> ¿Lanzar y atrapar la pelota?
Usted considera que este niño es (marque todas las que aplican):		<input type="checkbox"/> ¿Muy activo?
<input type="checkbox"/> ¿Muy tranquilo o tímido?	<input type="checkbox"/> ¿Generalmente feliz?	<input type="checkbox"/> ¿Generalmente triste?
Este niño (marque todas las que aplican):	<input type="checkbox"/> ¿Llora con facilidad?	<input type="checkbox"/> ¿Muestra rabietas con frecuencia?
<input type="checkbox"/> ¿Usualmente sigue instrucciones?	<input type="checkbox"/> ¿Tiene periodos de atención muy cortos?	<input type="checkbox"/> ¿Se asusta o se sobresalta con facilidad?
¿Su niño comenzó a hablar significativamente después que otros niños de la misma edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		
Su niño (marque todas las que aplican):		<input type="checkbox"/> ¿Es capaz de pronunciar la mayoría de los sonidos correctamente?
<input type="checkbox"/> ¿Se asusta o es muy tímido para hablar?	<input type="checkbox"/> ¿Puede ser entendido por otras personas que no están familiarizadas con su forma de hablar?	

Apellido:

Primer Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Este niño (marque todas las que aplican):	<input type="checkbox"/> ¿Sube el volumen del TV excesivamente alto?	<input type="checkbox"/> ¿Dice "¿Qué, Qué?" Todo el tiempo?
<input type="checkbox"/> ¿Se sienta extremadamente cerca de la pantalla de la TV?	<input type="checkbox"/> ¿Sostiene las fotografías o los dibujos muy de cerca para verlos?	<input type="checkbox"/> ¿Con frecuencia repite los sonidos o las palabras/balbucea o tartamudea?

Encuesta de Experiencia En Educación Infantil

Por favor marque la opción que mejor describa la experiencia preescolar de su hijo/a en el año escolar anterior antes del ingreso al kínder. Seleccione una sola opción e indique horas, cuando corresponda. ¡Gracias!

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

- Mi hijo/a no tiene ninguna experiencia formal en el programa de infancia temprana.
- Mi hijo/a no tiene ninguna experiencia formal en el programa de infancia temprana, pero participó en los servicios Coordinados de Participación Familiar y Comunitaria (CFCE).
- Mi hijo/a no tiene ninguna experiencia formal en el programa de infancia temprana, pero participó en los servicios del Programa de Padres e Hijos en el Hogar (PCHP).
- Mi hijo/a no tiene ninguna experiencia formal en el programa de infancia temprana, pero participó en los **AMBOS** servicios de Coordinado de Participación y Comunitaria (CFCE) Y Programa de Padres e Hijos en el Hogar. (PCHP).
- Mi hijo/a asistió a un Proveedor de Cuidado Familiar con Licencia (indique las horas abajo)
- ___ Por menos de 20 horas por semana
- ___ Por 20 + horas por semana
- Mi hijo/a asistió a un Programa Basado en el Centro.(indique las horas abajo)
- ___ Por menos de 20 horas por semana
- ___ Por 20 + horas por semana
- Mi hijo/a asistió a **AMBOS** un Proveedor de Cuidado Familiar con Licencia Y Programa Basado en el Centro. (indique las horas abajo)
- ___ Por menos de 20 horas por semana
- ___ Por 20 + horas por semana

Definiciones:

Coordinados Participación Familiar y Comunitaria (CFCE): programas locales que sirven a familias con niños desde el nacimiento hasta la edad escolar (por ejemplo, grupos de juego de padres / niños, actividades entre padres e hijos).

Programa de Padres e Hijos en el Hogar (PCHP): programa modelo de visitas domiciliarias financiado por el Departamento de Educación Temprana y Atención.

Cuidado Infantil Familiar con Licencia: se refiere al cuidado infantil de EEC en un entorno grupal en un hogar. Puede incluir atención con el hogar de un miembro de la familia, si el proveedor es un pariente y un proveedor de cuidado infantil con licencia de EEC que brinda atención a niños de múltiples familias.

Cuidado Basado en el Centro: se refiere a la atención de niños en un entorno grupal, que incluye escuelas preescolares públicas y privadas, Head Start, guarderías infantiles y escuelas preescolares públicas integradas.