

Evaluación de las necesidades del niño(a) y la familia.

Por favor llene la siguiente información de tal manera que podamos proveer los servicios más adecuados para su niño(a) y su familia. La información que nos proveerán es solamente para poder servir los mejor y se tratara de manera confidencial.

Nombre del niño(a): _____ Fecha de nacimiento: _____

1) Por favor complete la lista de familiares del niño(a):

| Nombre | Parentesco | Edad | Vive en casa del niño(a)? |
|--------|------------|------|---------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

2) ¿Ambos padres viven en casa con el niño(a)? Sí ___ No ___ Si la respuesta es "No", explique la relación con ese pariente por favor. _____

¿Quién de los dos tiene la custodia compartida del niño(a)? Por favor entregue una copia de los certificados de custodia si es necesario.

Si uno de los padres está ausente, ¿cuánto tiempo pasa el niño(a) con él / ella?

¿El padre / madre ausente tiene permiso de recoger al niño(a) de la escuela? _____

¿Existe algún problema con el acuerdo inicial o instrucciones especiales para nosotros?

3) ¿Qué idiomas se hablan en casa? _____

4) ¿Qué idioma usa con mas frecuencia su hijo(a)? _____

5) ¿Cuánto Inglés sabe su niño(a)? Nada ___ Poco ___ Fluído ___

Nombre del niño(a): _____

- 6) ¿Tiene usted alguna preocupación o preguntas sobre el aprendizaje de lectura y lenguaje del niño. (a)? ¿Que son sus metas al respecto del desarrollo de lenguaje para su hijo(a)? Explique.

- 7) Los niños utilizarán etiquetas con sus nombres, ¿qué nombre desea usted que coloquemos en la suya? _____
- 8) ¿A qué hora se acuesta su niño(a)? _____ ¿A qué hora se levanta? _____
- 9) La mayoría de las vivencias de su niño(a) son, ¿con adultos o con otros niños?

- 10) Su niño(a), ¿ha asistido antes a un *daycare* o al *pre-school*? _____
- 11) ¿Cuáles son los intereses o habilidades especiales de su niño(a)?

- 12) ¿Cuáles son los alimentos / platos favoritos de su niño(a)?

- 13) ¿Cuáles son los juguetes o actividades favoritas de su niño(a)?

- 14) ¿Disciplina su hijo(a)? ¿Responde su hijo(a) a su estilo de disciplina? _____
- 15) ¿A qué le teme su niño(a)? Su niño(a), ¿ha tenido alguna(s) experiencia(s) desagradable(s)?

- 16) ¿Cómo expresa sus frustraciones su niño(a),?

- 17) ¿Qué palabra utiliza su niño(a) para decir que necesita ir al baño?
- 18) ¿Usa el baño solo (a)?

- 19) ¿Cree usted que su niño(a) tiene dificultad en algunas de estas áreas?
- Audiencia Visión Habla Motrices Aprendizaje intelectual
- Desarrollo social Desarrollo físico Comportamiento/Emocional

Nombre de Niño(a) _____

20) ¿Tiene usted algunas preocupaciones especiales respecto de la **salud** de su niño(a) que debamos saber?

21) ¿Sufre su hijo(a) de asma? Si _____ No _____

22) ¿Requiere algún tratamiento o medicinas? Si _____ No _____

23). ¿Es su niño(a) alérgico(a) a algún(os) alimento(s), medicina u otras cosas? ¿Qué son esas cosas? _____

24) ¿Que son sus síntomas? _____

25) ¿Hay algún(os) alimento(s) que usted desea que su niño(a) no consuma debido a motivos religiosos o culturales? Si _____ No _____

¿Qué alimentos son esos? _____

26). ¿Ha sido picado su hijo(a) por un abeja? Sí _____ No _____

27) ¿Su niño(a), es alérgico a las picaduras de abeja? Si _____ No _____

28) Nos encantaría incluir algo perteneciente a la cultura de cada niño(a) en nuestra aula de clase, ¿Podría usted compartir sus ideas o su tiempo con nosotros por favor? Explique. _____

29) ¿Necesita usted información o asistencia para su familia en alguna(s) de las siguientes áreas?

Estampillas de comida _____

Bienestar Social _____

Planificación familiar _____

Atención de la salud _____

Dental _____

WIC _____

Consejería _____

Educación de padres _____ Otras: _____

Cesación de fumar _____

30). ¿Su niño(a) o su familia está actualmente trabajando con otras agencias o servicios de apoyo que debamos estar enterados (Habla, ELI, CPS, NBRC, SCOE, etc.)? _____

31). ¿Qué piensa usted que es importante que su niño(a) aprenda en el *pre-school*? _____

32). ¿Hay algo mas que deberíamos saber de su hijo(a)? _____

33). Como padre / madre de familia me gustaría aprender más acerca de: _____

34). ¿Cómo se enteró de nuestra escuela? Mediante un: amigo _____ referido _____ otro: _____

GRACIAS POR COMPLETAR ESTA INFORMACIÓN.

Rev.03/12/14