



SAN LEANDRO UNIFIED SCHOOL DISTRICT
Departamento de Servicios Especiales
SERVICIOS DE INTERVENCION TEMPRANA
ENCUESTA PARA PADRES

Imprimir Legiblemente

I. INFORMACION DE IDENTIFICACION

Fecha de Hoy: _____

Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Hombre
 Mujer

Dirección: _____ Código Postal: _____ Escuela de Residencia: _____

de Tel. Casa: _____ # Tel. Cel Trabajo: _____ email: _____

Idioma principal que se habla en casa: _____ / _____ % niño/a expuesto a este idioma lenguaje

Idioma secundario que se habla en casa: _____ / _____ % niño/a expuesto a este idioma

Idioma(s) que habla el niño(a) en casa: _____

Otro idioma que esta expuesto el/la niño(a) en casa: _____

¿Quién lo refirió a nuestro programa? Children's Hospital Oakland Kaiser Regional Center East Bay (RCEB)

Otro: _____

II. PREOCUPACIONES

¿Cuál es su principal preocupación en cuanto a su hijo(a)? Describa detalladamente. _____

¿Cuántos años tenía su niño(a) cuando usted empezó a preocuparse? _____

¿Ha sido su niño diagnosticado con cualquier condición que afecte su desarrollo? No Si: favor explicar.

¿Qué estrategias ha utilizado para ayudar a su niño(a)? _____

Describe la rutina diaria de su niño(a). De ejemplos. _____

¿Cuál es la rutina de su familia a la hora de la comida? _____

¿Cuál es la rutina de su niño a la hora de ir a dormir? _____

¿Brinda usted a su niño (a) experiencia de aprendizaje fuera de la casa? No Si

¿Cuán frecuente? _____ ¿Como responde el/ella? _____

Biblioteca: _____

Museos: _____

Otras oportunidades de aprendizaje: _____

¿Tiene libros en casa o acceso a libros infantiles? No Si:

¿Con que frecuencia los lee con su niño(a)?

Más de una vez al día Una vez al día Dos o tres veces a la semana menos de dos veces a la semana

¿Cuánto tiempo pasa su niño(a) al día comunicándose con otros (ejem., padres, niñera, hermanos, familia, compañeros)?

Menos de 25% 25-50% 51-75% Mas de 75%

¿Que juegos juega usted con su hijo(a)? _____

¿Con que frecuencia juegan juntos?

Más de una vez al día Una vez al día Dos o tres veces a la semana Menos de dos veces a la semana

III. HISTORIAL FAMILIAR

Nombre de la Madre: _____ Edad: _____ Nivel de Educación: _____

¿Algún problema de aprendizaje, desarrollo o de salud? Si su respuesta es si, favor describa. _____

Nombre del Padre: _____ Edad: _____ Nivel de Educación: _____

¿Algún problema de aprendizaje, desarrollo o de salud?, Si su respuesta es si, favor describa. _____

Nombre de Hermanos(as)	Edad	¿A que escuela Asiste/Problemas?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Viven ambos padres en casa? No Si ¿Quién más vive en casa? _____

Hay Historia en la Familia de:	SI	NO	Parentesco con el/la Niño(a)
Retrasos en el Habla	___	___	_____
Retrasos en el Desarrollo	___	___	_____
Autismo	___	___	_____
Problemas de Salud Mental	___	___	_____
Discapacidades en el Aprendizaje	___	___	_____
Depresión	___	___	_____
Artritis Reumatoide	___	___	_____
Diabetes Tipo I	___	___	_____
Diabetes Tipo II	___	___	_____
Asma	___	___	_____
Epilepsia/Ataques	___	___	_____
Perdida de la Audición	___	___	_____
Impedimentos en la Visión	___	___	_____
Otro _____	___	___	_____

¿Han sucedido experiencias o cambios en la casa/familia que hayan podido tener un impacto en su niño(a) (divorcio, muerte, cambios frecuentes de vivienda, enfermedad prolongada)? _____

¿Hay cualquier otro factor que haya podido tener un impacto en el desarrollo o bienestar de su hijo(a)? _____

III. HISTORIALPRE- NATAL	NO	SI	DESCRIBA
Enfermedades durante el Embarazo	___	___	_____
Accidentes durante el Embarazo	___	___	_____
Subida de Pesos Excesivo	___	___	_____
Alta Presión	___	___	_____
Edema	___	___	_____
Sangrado o Manchado	___	___	_____
Infecciones	___	___	_____
Expuesta a Toxinas o Rayos X	___	___	_____
Cigarrillo, Drogas, Alcohol	___	___	_____
Factor Rh	___	___	_____
Otras complicaciones	___	___	_____
Medicamentos	___	___	_____

IV. INFORMACION NATAL

Terminó Completo Prematuro(a): ¿Cuántas semanas? _____ Se pasó del término: ¿Cuántos días/semanas? _____

¿El cuidado Prenatal empezó en que mes?__ Parto vaginal Cesárea Brecha

¿Problemas durante el parto? _____

Peso al nacer: _____ Largo: _____ Apgar Score, Si lo sabe: _____

Condición: Buena Ictericia (amarillo) Problemas Respiratorios Problemas con la Alimentación

¿Problemas/Tratamientos después del nacimiento? No Si: Explicar (ejem. Oxígeno, intubación, luces de bilirrubina, cirugía, o extensión ¿Se requirió Hospitalización?). _____

¿Tuvo alguna dificultad para comer o dormir cuando era recién nacido? No Si: Explicar. _____

V. HECHOS MEMORABLES DEL DEARROLLO Edad aprox. Edad Aprox.

Se sentó sin ayuda _____ Dejó de usar el chupo _____

Gateó con sus manos y rodillas _____ Dejó el tetero _____

Caminó sin necesitar ayuda _____ Comió con una cuchara _____

Dijo sus primeras palabras (que no fueran "mama", "papa") _____ Pedaleó un Triciclo _____

Combinó 2-3 palabras _____ Utilizó el Baño _____

Apuntó para pedir algo o llamar la atención _____ Jugo peek-a-boo _____

¿Ha perdido si niño(a) alguna habilidad? Favor describir la **habilidades** que ha perdido el/ella en detalles y **cuándo** sucedió _____

VI. HISTORIAL DE SALUD

Tiene el/la niño(a) historial de:	NO	SI	DESCRIBIR (Qué /Cuándo?)	TRATAMIENTO
Gripas Frecuentes	___	___	_____	_____
Infecciones en el Oído	___	___	¿Cuántas? _____	_____
Problemas de Audición	___	___	_____	_____
Problemas de Visión	___	___	_____	_____
Temperaturas	___	___	_____	_____
Ataques	___	___	_____	_____
Cirugías	___	___	_____	_____
Enfermedades Serias	___	___	_____	_____
Lesiones Serias	___	___	_____	_____
Alergias	___	___	_____	_____
Asma	___	___	_____	_____
Eczema	___	___	_____	_____
Perdida del Conocimiento	___	___	_____	_____
Traumas en la Cabeza	___	___	_____	_____
Parálisis Cerebral	___	___	_____	_____
Problemas con el Corazón	___	___	_____	_____
Síndrome Especial	___	___	_____	_____
Toma Medicamento	___	___	_____	_____

Evaluaciones Especiales:

	NO	SI, FECHA	Por Quién	RESULTADOS
Vision	___	_____	_____	_____
Audición	___	_____	_____	_____
Otro	___	_____	_____	_____

Nombre del Pediatra: _____ Grupo Medico: _____

Kaiser #: _____ Lugar: _____ Fecha de Ultimo Examen Físico: _____

Menciones otros proveedores de la salud _____

¿Que le ha dicho su medico, especialista, otras agencias o maestros de preescolar sobre el desarrollo de su hijo (a)?

VII. SERVICIOS ESPECIALES/ PARTICIPACION DE UNA AGENCIA

¿Ha recibido su niño(a) algún tipo de evaluación especial o servicios de terapia a cargo de un especialista del habla y lenguaje sicoterapia, evaluación genética? (ninguno de los individuos o agencias serán contactados sin el permiso de los padres o acudientes)

NOMBRE/PROFESION	TIPO DE SERVICIOS	DIRECCION	# de Tel. /Email
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Liste cualquier otra agencia que haya estado involucrada con su niño(a) o familia (ejem. RCEB, CHO, CPS, CCS).

AGENCIA	CONTACTO	DIRECCION	# de Tel/email
_____	_____	_____	_____

VIII. EXPERIENCIA PRE ESCOLAR

¿Ha tenido su niño(a) alguna experiencia previa en guardería o preescolar? No Si

Asiste: (Marque los días que asiste) Lun.____ Mar.____ Mier. ____ Jue. ____ Vie. ____ Horario:_____a_____

FECHA/ EMPEZO & TERMINO	NOMBRE DEL PRESCOLAR/GUARDERIA	REACCION DEL NIÑO)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

IX. DESARROLLO SOCIO- EMOCIONAL

¿Cuáles son la aptitudes de su niño(a), en que es bueno(a)?

Describe la disposición general de su niño(a): (Circule todas las que apliquen)

Feliz temperamental pasivo activo alerta irritable Fuerte exigente retraído
Flexible difícil de calmar fácil de cuidarlo agresivo tímido ansioso amigable

Otro: _____

¿Hay alguna característica social, emocional o de su comportamiento que le preocupe a usted? No Si: Si la respuesta es si, favor describir _____

¿Cuáles son los juguetes, objetos actividades favoritas de su niño(a)? _____

¿Juega su niño(a) con un solo tipo de juguete? No Si: ¿Qué juguete? _____

¿Cómo juega su niño(a) con otros niños(as)? describa. _____

¿Habla su niño(a) con otros niños(as)? No Si Trata de hablar con otros niños(as)

¿Tiene usted preocupaciones sobre las habilidades de su niño(a) cuando juega? No Si: explique _____

¿De que modo participa su niño(a) cuando juega **pretende o imagina**? No Si: Explique con ejemplos. _____

¿Coloca su niño(a) objetos no comestibles en su boca con frecuencia? No Si: Explique, ¿Qué objetos? _____

¿Reacciona su niño(a) a los cambios de horarios? Flexible Necesita algo de certeza Berrinches

X. LENGUAJE

A. LENGUAJE RECEPTIVO –COMPRENDIENDO EL LENGUAJE

1. ¿Aproximadamente cuántas palabras entiende su niño? _____

2. ¿Sabe identificar su niño(a) las partes del cuerpo (orejas ojos, nariz, barba, etc.)? No Si: Explique cuántas? _____

3. ¿Entiende indicaciones de un paso que incluyen dos objetos (ejemplo: “Dame la taza y el zapato”)? No Si: Explique, de un ejemplo. _____

4. ¿Entiende indicaciones de dos pasos que incluyen dos objetos (ejemplo “Abre la puerta y dame el periódico”)? No Si: Explique y de un ejemplo. _____

5. ¿A que tipo de preguntas responde su niño(a)?

¿Qué? No Si ¿Quién? No Si ¿Dónde? No Si ¿Cuándo? No Si

B. LENGUAJE EXPRESIVO–EXPRESION VERBAL-GESTOS

1. Los niños(as) se comunican de muchas maneras. A continuación encontrará una serie de comportamientos que su niño(a) podría estar usando para dar a entender algo. Indique, cuán frecuente utiliza el/ella algunos de estos comportamientos para comunicarse.

COMPORTAMIENTOS: Cuán Frecuentes

	<i>Frecuentemente</i>	<i>Algunas Veces</i>	<i>Rara Vez</i>	<i>Nunca</i>
Sonríe	_____	_____	_____	_____
Berrinche	_____	_____	_____	_____
¿Qué hace cuando tiene un Berrinche?	_____			
Llora	_____	_____	_____	_____
Apunta	_____	_____	_____	_____
Llanto con significado especial	_____	_____	_____	_____
Usa dibujos	_____	_____	_____	_____
Mira el objeto o la persona	_____	_____	_____	_____
Cambia de gesto o se mueve	_____	_____	_____	_____
Mira a otro lado	_____	_____	_____	_____
Lenguaje formal de señas	_____	_____	_____	_____
Mira a la persona y al objeto	_____	_____	_____	_____
Señala con la cabeza si/no	_____	_____	_____	_____
Expresiones faciales	_____	_____	_____	_____
Sonidos sin llanto o palabras	_____	_____	_____	_____
Trata de alcanzar	_____	_____	_____	_____
Usa palabras sonidos consistentemente	_____	_____	_____	_____
Camina hacia el objeto o la persona	_____	_____	_____	_____
Te lleva o guía hacia el objeto	_____	_____	_____	_____
Agarra el objeto	_____	_____	_____	_____
Te da el objeto	_____	_____	_____	_____
Usa una sola palabra	_____	_____	_____	_____
Usas frases de 2 - 3 palabras aprox.	_____	_____	_____	_____
Usa frases de 3 - 5 palabras aprox.	_____	_____	_____	_____

Escriba de 0-100% en los siguientes espacios al lado de la persona que se indica. ¿Qué puede entender cada persona la primera vez que el/la niño(a) dice algo, sin tener que repetir dos o tres veces? **Mi Niño(a) o habla**

MADRE	%	ABUELO(A)=	%
PADRE=	%	PERSONA EXTRAÑAS=	%
HERMANO(A)=	%	AMIGOS(AS)=	%

Si o cuándo su niño(a) no habla, ¿Cómo le hace saber lo que el/ella quiere? _____

Si su niño(a) no usa palabras para comunicar lo que quiere, ¿Qué hace usted? _____

Si usted no entiende lo que su niño(a) dice, ¿Qué hace usted? _____

¿Se frustra su niño(a) cuando no le entienden lo que dice? No Si: Explique _____

¿Que tipo de preguntas hace su niño(a)?

¿Qué? No Si ¿Quién? No Si ¿Dónde? No Si ¿Cuándo? No Si

¿Porque? No Si ¿Cómo? No Si

Proporcione dos ejemplos: _____

¿Comenta su niño(a) a otros miembros de familia o compañeros sobre cosas que están sucediendo o que sucedieron recientemente?

No Si: Explique, de ejemplos: _____

¿Usa su niño combinaciones/oraciones de dos palabras? (ejem. "mas leche," "mami cárgame")? No Si

¿Cuán frecuente? _____ De ejemplos: _____

¿Usa su niño (a) combinaciones/oraciones de tres palabras (ejem. "Yo quiero _____," "Yo quiero_____")? No Si

¿Cuán frecuente? _____ De ejemplos: _____

XI. DESARROLLO DE HABILIDAD MOTRIZ (Coordinación)

¿Ha observado usted algún problema en el balance de su niño(a) al caminar, correr o subir escaleras? No Si: explique:

¿Le preocupa a usted la coordinación de los ojos y las manos de su niño (a) cuando trata de abrir contenedores, manipular botones o correderas o crayolas? No Si: Explique: _____

XII. HABILIDADES DE ESFUERZO PROPIO

Describe las habilidades de su niño (a) a la hora de la comida, incluyendo el uso de utensilios y cuanta ayuda requiere de un adulto:

Describe las habilidades de su niño(a) para quitarse la ropa y cuanta ayuda requiere de un adulto: _____

¿Esta su niño(a) adiestrado para utilizar el inodoro? No Si (Orina popo) Algunos accidentes El niño(a) esta interesado en el inodoro

Si su niño(a) no esta aun adiestrado para usar el inodoro, favor describir como ha sido su experiencia con el adiestramiento _____

Puede su niño(a) seguir indicaciones o reglas (ejem. Limpiar los juguetes cuando le pidén que lo haga, escuchar las indicaciones de un adulto, etc.)? No Si

XIII. CONCENTRACION

¿Puede su niño(a) sentarse independientemente a jugar con sus juguetes? No Si

Por menos de 5 minutos o menos 10 minutos 15 minutos 20 minutos Mas tiempo (¿cuánto tiempo?) _____

Puede su niño(a) sentarse y leer un libro por si solo? No Si

Por 5 minutos o menos 10 minutos 15 minutos 20 minutos Mas tiempo (¿cuánto tiempo?) _____

¿Puede sentarse su niño(a) y prestar atención cuando alguien le lee? No Si

Por 5 minutos o menos 10 minutos 15 minutos 20 minutos Mas tiempo (¿cuánto tiempo?) _____

¿Cuál es la opción preferida de su niño(a)? TV Películas de DVD Ejemplos: _____

¿Prefiere el/ella ver el mismo show o películas en DVD repetidamente o prefiere ver diferentes episodios en TV o DVD? _____

¿Es su niño(a) capaz de sentarse y mirar TV/DVDs solo? No Si

por 5 minutos o menos 10 minutos 15 minutos 20 minutos Mas tiempo (¿cuánto tiempo?) _____

¿Es el/ella capaz de sentarse con un grupo de niños (ejem: en círculo, cuentos, fiestas de cumpleaños, etc.)? Si No

5 minutos o menos 10 minutos 15 minutos 20 minutos mas tiempo (¿cuánto tiempo?) _____

¿Ha completado usted la verificación de residencia en el Distrito Escolar Unificado de San Leandro? No Si

¿Hay algo más que no se ha cubierto en esta encuesta y que usted cree es información de importancia para nosotros? _____

Muchas gracias por tomar tiempo para completar esta encuesta. Esta información nos ayudara a conocer y entender mejor a su niño(a). Esperamos poder reunirnos con usted y su niño(a) pronto!

Este Formulario fue completado por _____ Fecha _____

Parentesco con el niño(a): _____

Numero de Teléfono: _____