

DATE COMPLETED (FECHA CUANDO SE COMPLETÓ) _____

Escuelas Públicas del Condado de Gwinnett
Programas de Intervención Temprana
CUESTIONARIO PARA REMISIÓN A UNA EVALUACIÓN PARA EDUCACIÓN ESPECIAL
INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido)

Sexo: (marque) Masculino Femenino

Por favor responda **ambas secciones** de esta pregunta de dos partes.

1. ¿Es el niño/a Hispano/Latino? (marque uno) No, no es Hispano/Latino Sí, es Hispano/Latino
2. Por favor seleccione la raza del niño/a de la lista a continuación (marque uno o más si es necesario)
 - Indígena Americano/Nativo de Alaska
 - Asiático
 - Negro o Afroamericano
 - Nativo de Hawaii o nativo de otras Islas del Pacífico
 - Blanco

Dirección de la casa: _____
(Calle) (Ciudad) (Código postal)

Teléfono de la casa: _____ Escuela primaria de su vecindario: _____

Remitido por: _____ Parentesco/relación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Persona que llenó este formulario (marque uno): Madre Padre Madrastra Padrastra Otra persona _____

Razón por la cual se remitió al niño/a (describa lo que más le preocupa acerca de su niño/a y la razón por la que solicita una evaluación):

Describa los problemas actuales de su niño/a _____

¿Desde hace cuánto tiempo le preocupa este problema(s) de su niño/a? _____

¿Cuándo fue la primera vez que observó el problema? _____

¿Ha sido su niño diagnosticado con algún síndrome o problema de salud? Sí No

Si ha sido diagnosticado, por favor explique o describa el síndrome o problema: _____

Asiste su niño/a: _____ Guardería _____ Preescolar _____ Pre-Kinder del Gobernador _____ *Head Start* _____ Programa de intervención temprana "Los Bebés no Pueden Esperar" (BCW, por sus siglas en inglés)

Nombre, dirección y teléfono del lugar al cual asiste: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR Y LA FAMILIA

Nombre de la madre: _____ Edad: _____ Nivel de educación: _____

Ocupación: _____ Teléfono de la casa _____ Teléfono del trabajo _____

Teléfono celular _____

Dirección de correo electrónico: _____ MANERA PREFERIDA DE COMUNICARNOS CON USTED _____

(_____ Biológica _____ Adoptiva _____ Madrastra _____ Padre de acogida o de crianza _____ Tutor legal)

Nombre del padre: _____ Edad: _____ Nivel de educación: _____

Ocupación: _____ Teléfono de la casa _____ Teléfono del trabajo _____

Teléfono celular _____

Dirección de correo electrónico: _____

(_____ Biológico _____ Adoptivo _____ Padrastra _____ Padre de acogida o de crianza _____ Tutor legal)

Nombre del padrastra/madrastra: _____ Edad: _____ Nivel de educación: _____

Ocupación: _____ Teléfono de la casa _____ Teléfono del trabajo _____

Teléfono celular _____

Dirección de correo electrónico: _____ MANERA PREFERIDA DE COMUNICARNOS CON USTED _____

El niño/a vive con: (marque) Ambos padres Madre Padre Otra persona _____

Estado civil de los padres: (marque) Casados Separados Divorciados Viudos Solteros

Si los padres están separados o divorciados, ¿qué edad tenía el niño/a cuando esto sucedió? _____

¿Qué idioma hablan en la casa principalmente? _____

¿Qué otros idiomas hablan en la casa? _____

¿Nos podemos comunicar con usted por medio de correo electrónico? _____

Idioma que el niño/a habla principalmente _____

¿Necesita un intérprete para el padre/madre? _____ ¿para el niño/a? _____ ¿qué idioma? _____

Enumere todas las personas que viven actualmente en el hogar:

Nombre	Parentesco o relación con el niño/a	Edad
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si el niño tiene hermanos o hermanas que viven fuera del hogar, escriba sus nombres y edades: _____

Por favor marque cualquier condición que haya sufrido algún miembro de su familia cercana. Escriba el parentesco o relación de esa persona con su niño

Condición:	Parentesco/relación con el niño/a:
<input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje	_____
<input type="checkbox"/> Trastorno del habla/lenguaje	_____
<input type="checkbox"/> Trastorno de déficit de atención	_____
<input type="checkbox"/> Impedimentos de la visión o audición	_____
<input type="checkbox"/> Otros (_____)	_____

SERVICIOS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

¿Ha utilizado su niño/a servicios del programa “Los Bebés no Pueden Esperar” (*Babies Can’t Wait*)? (marque uno) Sí No (si escogió “sí”, ¿qué servicios?)

Coordinador de servicios del programa BCW _____ Teléfono: _____

Servicio	Nombre del terapeuta	Recibe el servicio actualmente	Ya no recibe estos servicios	Horas por semana
Terapia del habla/lenguaje	_____	_____	_____	_____
Terapia ocupacional	_____	_____	_____	_____
Terapia física	_____	_____	_____	_____
Instrucción Especial	_____	_____	_____	_____

HISTORIAL DURANTE EL EMBARAZO Y EL NACIMIENTO

Durante el embarazo:

¿Hubo alguna complicación durante el embarazo/parto? Si fue así, por favor explique. _____

- SÍ NO**
- Sí No Tuvo la madre problemas con: _____ enfermedad crónica _____ mala nutrición _____ sangrado vaginal _____ toxemia _____ infección viral _____ trauma _____ nacimiento prematuro _____ hipertensión _____ diabetes gestacional _____ otro problema _____
 - Sí No ¿Tomó la madre alguna medicina? (Si fue así, por favor descríbala: _____)
 - Sí No ¿Fumó la madre durante el embarazo?
 - Sí No ¿Tomó la madre bebidas alcohólicas?
 - Sí No ¿Usó drogas? (Si fue así, por favor enumérelas: _____)
 - Sí No ¿Se usaron fórceps durante el parto?
 - Sí No ¿Se usó succión durante el parto?
 - Sí No ¿Tuvo una cesárea?
 - Sí No ¿Estuvo el bebé en posición de nalgas (pies primero)?
 - Sí No ¿Fue el niño prematuro?
 - Sí No Si fue prematuro, ¿de cuántas semanas? _____
 - Sí No Si fue así, por favor explique: _____
Peso al nacer: _____
 - Sí No ¿Salieron usted y su bebé al mismo tiempo del hospital?
Si no fue así, ¿cuánto tiempo estuvo hospitalizado el bebé? _____

- Sí No ¿Tuvo el niño algún problema para comer/tragar?
Si fue así, por favor describa: _____
- Sí No ¿Tuvo el niño problemas para dormir?
Si fue así, por favor describa: _____
- Sí No ¿Tuvo el niño problemas especiales durante los primeros años de vida?
Si fue así, por favor describa: _____

HISTORIAL DEL DESARROLLO

A continuación encontrará una lista de comportamientos que presentan los niños cuando son infantes y en edad preescolar. Por favor indique la edad en la que su niño demostró cada comportamiento.

<u>Comportamiento</u>	<u>Edad</u>	<u>Comportamiento</u>	<u>Edad</u>
Se volteó	_____	Comió solo	_____
Se sentó solo	_____	Se vistió solo	_____
Gateó	_____	Usó el baño solo	_____
Caminó solo	_____	Dejó de orinarse en la noche	_____
Balbuceó	_____		
Dijo varias palabras juntas	_____		

INFORMACIÓN MÉDICA/DE SALUD

Por favor indique si su niño tiene o ha tenido alguno de los siguientes.

Alergias	Dolores de cabeza crónicos	Anemia
Deformidades craneofaciales	Neumonía	Reflujo
CMV	Hemorragia cerebral	Crup
Diabetes	Gripas/resfriados crónicos	Difteria
Infecciones crónicas del oído	Tubos auditivos/cirugía	Convulsiones
Encefalitis	Problemas del corazón	Fiebres de más de 104°
Lesiones en la cabeza/contusiones	Trastornos sanguíneos	Amigdalitis
Nódulos vocales		Meningitis

Escriba cualquier otra operación, hospitalización o lesiones/heridas que haya tenido su niño y a qué edad:

¿Utiliza su niño alguno de los siguientes aparatos/dispositivos de asistencia? _____ gafas _____ aparatos ortopédicos _____ caminador/muletas
_____ silla de ruedas _____ audífonos _____ otro: (por favor especifique): _____)

Por favor escriba el nombre de cualquier medicina que el niño esté tomando en el momento:

<u>Medicina</u>	<u>Dosis</u>	<u>Razones por las cuales la está tomando</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

MÉDICOS/OTROS PROFESIONALES QUE PROVEEN SERVICIOS

Pediatra	_____	Teléfono: _____
Cardiólogo	_____	Teléfono: _____
Neurólogo	_____	Teléfono: _____
Gastroenterólogo	_____	Teléfono: _____
Otorrinolaringólogo	_____	Teléfono: _____
Ortopedista	_____	Teléfono: _____
Psicólogo/psiquiatra	_____	Teléfono: _____
Oftalmólogo	_____	Teléfono: _____

DESARROLLO MOTRIZ

Sí No ¿Tiene su niño dificultad para caminar, con el equilibrio, con subir/bajar escaleras, con saltar? Si es así, por favor explique.

Sí No ¿Tiene su niño dificultades con la coordinación?

Sí No ¿Utiliza su niño una silla de ruedas/caminador?

Sí No ¿Puede su niño poner bloques en pila; manejar una crayola o marcador; imitar líneas/figuras; manejar piezas de rompecabezas y juguetes pequeños?

COMUNICACIÓN

¿Tiene preocupaciones acerca del desarrollo de la comunicación de su niño? Por favor explique:

-
- Mi niño:
- Sí No Utiliza gestos/señala en vez de usar palabras.
- Sí No Balbucea (baba, dada), usa palabras que no se entienden o que no se reconocen (suenan como palabras reales pero no lo son).
- Sí No ¿Es difícil de entender? _____ para la familia _____ para personas que no lo conocen
Los padres entienden lo que el niño dice: nunca un poco más o menos la mitad la mayoría todo
- Sí No ¿Utiliza palabras para comunicarse?
Cuántas (marque) 0, 1-10, 10-20, 20-50, 50-100, más de 100
- Sí No Utiliza frases u oraciones para comunicarse.
Marque: frases de 2 palabras, frases de 3 palabras, frases de 4 palabras frases de 5 o más palabras
- Sí No Responde a preguntas con palabras marque: ¿quién?, ¿qué?, ¿dónde?, ¿sí/no ?
- Sí No Habla acerca de un evento/actividad reciente (por ejemplo: “me caí”, “vi perro.”).
- Sí No Señala a un dibujo/foto en un libro si se le pide.
- Sí No ¿Contesta preguntas acerca de una historia?
- Sí No Sigue instrucciones simples.
- Sí No Cuenta lo que está pasando en un dibujo/foto.
- Sí No Empezó a desarrollar su habla y paró de hablar de repente.
- Sí No ¿Su niño tartamudea? ¿Existe una historia familiar de problemas de tartamudez? Sí No
- Sí No ¿Es la voz de su niño usualmente ronca o áspera?
- ¿Cómo comunica su niño lo que quiere y necesita más a menudo? _____
- ¿Cómo afectan los problemas de la comunicación la vida diaria/ o participación en las actividades de la guardería de su niño?

¿Qué estrategias ha utilizado usted para mejorar estas destrezas? _____

SOCIAL

- Sí No ¿Tiene preocupaciones acerca de la socialización de su niño?
- Sí No ¿Le gusta a su niño estar alrededor de otros niños?
- Sí No ¿Su niño tolera a otros dentro de su espacio personal?
- Sí No ¿Su niño toma turnos cuando juega con otros?
- Sí No ¿Su niño sigue instrucciones relacionadas con su rutina diaria en la escuela y en el hogar?
- Sí No ¿Su niño se frustra fácilmente?
- Sí No Si contestó “sí”, ¿qué comportamientos ocurren? (por ejemplo, ¿le dan rabieta, rehúsa participar?)

¿Con qué frecuencia? _____

¿Usualmente, cuándo se frustra su niño? _____

- Sí No ¿Su niño se muestra ansioso (por ejemplo, se preocupa, se muerde las uñas, se chupa el dedo)?
Si contestó “sí”, por favor explique:

-
- Sí No ¿Su niño tiene dificultad prestando atención?
- Sí No ¿Su niño es agresivo hacia otros (por ejemplo, exhibe agresión física y/o verbal)? Si contestó “sí”, por favor explique)

-
- Sí No Es cruel con los animales
- Sí No Tiene dificultad con los cambios de rutina
- Sí No Demasiado sensible a los sonidos
- Sí No Demasiado sensible a las texturas
- Sí No Muerde los juguetes frecuentemente/se los pone en la boca
- Sí No Muerde
- Sí No Busca mecerse, girar sobre sí mismo, balancearse
- Sí No Se golpea la cabeza contra algo a propósito

¿Qué estrategias ha tratado usted de utilizar para ayudar a su niño con estos comportamientos? _____

Por favor enumere las fortalezas de su niño o lo que a usted le gusta de su niño o lo que a usted le trae alegría. Cosas o actividades favoritas para hacer en casa.

COGNICIÓN

Sí No ¿Tiene usted preocupaciones acerca del rendimiento académico de su niño?
explique _____

Sí No ¿Cree que su niño está aprendiendo los conceptos preescolares (grande/pequeño) (más/menos); las preposiciones?

Sí No ¿Cree que su niño está aprendiendo los conceptos preescolares que se aprenden por medio de la repetición (colores, números, formas)?

*** Por favor incluya copias de cualquier evaluación o reportes de terapeutas que puedan ayudarnos al evaluar a su niño.****

Por favor envíe estos documentos por correo a:

Instructional Support Center
Building 200, Department of Special Education/ Early Intervention
437 Old Peachtree Rd., N.W.
Suwanee, GA 30024

Por favor envíe estos documentos por fax a:

Fax: 678 301-6663

Por favor envíe estos documentos por correo electrónico a:

ecp@gcpsk12.org