

Inscripción para la evaluación preescolar

INFORMACIÓN GENERAL E INSTRUCCIONES: El padre, la madre o el tutor del menor debe llenar la página 1 del formulario de inscripción. La página 2 es para uso exclusivo del personal del distrito escolar. Imprima el formulario o llénelo en forma electrónica.

Nombre Legal del Menor: (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido): _____

Apodo u Otro Nombre del Menor (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido): _____

Fecha de nacimiento del menor: _____ **Sexo:** Masculino _____ Femenino _____

Padre/Madre/Tutor: _____ **Teléfono:** _____ **P.O. Box:** _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Cód. postal:** _____

Padre/Madre/Tutor: _____ **Teléfono:** _____ **P.O. Box:** _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Cód. postal:** _____

Responda la siguiente pregunta sobre raza u origen étnico: Indio americano: Persona originaria de cualquiera de los pueblos nativos de Norteamérica la cual mantiene una identificación cultural a través de una afiliación tribal o un reconocimiento comunitario. (escoja UNO)

_____ NO, no es indio americano

_____ Sí, es indio americano

A continuación responda las siguientes preguntas sobre normas federales con respecto a raza u origen étnico: Puede escoger más de una respuesta en la Parte B. Consulte en la parte superior de la página 2 las instrucciones específicas para llenar esta sección.

***Parte A: ¿Es el menor hispano o latino? (escoja UNO)**

_____ NO, no es hispano o latino

_____ Sí, es hispano o latino

***Parte B: ¿Cuál es la raza de su hijo? (escoja TODO lo que corresponda)**

_____ Indio americano o nativo de Alaska

_____ Asiático

_____ Negro o afroamericano

_____ Nativo hawaiano o isleño del Pacífico

_____ Blanco

INFORMACIÓN SOBRE EL IDIOMA PRINCIPAL/SECUNDARIO

¿Qué idioma aprendió primero su hijo? _____ Inglés Otro (especificar) _____

¿Qué idioma se habla más frecuentemente en su hogar? _____ Inglés Otro (especificar) _____

¿Qué idioma habla habitualmente su hijo? _____ Inglés Otro (especificar) _____

INFORMACIÓN SOBRE CONTROLES PREVIOS DE LA SALUD Y EL DESARROLLO

¿Se le hizo un control completo de la salud y el desarrollo a su hijo en edad preescolar (3-5 años)?

_____ Sí _____ NO Si responde "Sí", fechas de control: _____ Lugar: _____

¿Alguna vez se evaluó a su hijo para obtener educación especial o alguna vez obtuvo servicios de educación especial mediante un programa de educación individualizada (IEP) o un plan de educación familiar individualizada (IFSP)?

_____ Sí _____ NO

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR

Por la presente, declaro que la información reportada más arriba es veraz y actual a mi saber y entender.

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Instrucciones y definiciones para las preguntas sobre raza u origen étnico en las partes A y B

La pregunta de la Parte A es sobre el origen étnico, no sobre la raza. Independientemente de lo que se seleccione en la Parte A, pida al padre/madre/tutor que responda la pregunta en la Parte B para marcar una o más casillas indicando la raza del menor.

Indio americano o nativo de Alaska: Persona originaria de cualquiera de los pueblos nativos de América del Norte, Central y del Sur, la cual mantiene una afiliación tribal o un reconocimiento comunitario.

Asiático: Persona originaria de cualquiera de los pueblos nativos del Lejano Oriente, el Sudeste asiático o el Subcontinente Indio, por ejemplo, de Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Filipinas, Tailandia y Vietnam.

Negro o afroamericano: Persona originaria de cualquier grupo racial negro de África.

Hispano o latino: Persona de origen mexicano, portorriqueño, sudamericano, centroamericano o de cualquier otra cultura hispana original, independientemente de la raza.

Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico: Persona originaria de cualquiera de los pueblos nativos de Hawái, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico.

Blanco: Persona originaria de cualquiera de los pueblos nativos de Europa, el Oriente Medio o el Norte de África.

TO BE COMPLETED BY SCHOOL DISTRICT PERSONNEL ONLY

Screening District Number and Type: _____

Screening Date: _____ Screening District Name _____

Child's Resident District Name: _____

Resident Screening District Number and Type: _____

MARSS ID Number: _____

Check type of screening child received – STATE AID CATEGORY (SAC)

(To be completed by the Early Childhood Screening Coordinator)

___ 41 - Screening by District

___ 44 - Private Provider

___ 42 - Child and Teen Checkups/EPSTDT

___ 43 - Head Start

___ 45 - Conscientious Objector, no screening

Check the **Primary** type of referral following the early childhood health and developmental screening using STATUS END CODES (SEC). Only one box may be checked. Must have a valid SEC for – STATE AID CATEGORY (SAC) 41. If unsure of referral status for SAC 42-44, use "no referral" SEC 60. **(To be completed by the Early Childhood Screening Coordinator.)**

Status End Codes:

___ 60 - No referral

___ 64 - Referral to early childhood programs*

___ 61 - Referral to special education

*(*School Readiness, Head Start, Early Childhood Family Education, family literacy)*

___ 62 - Referral to health care provider

___ 65 - Referral offered, parent declined

___ 63 - Referral to special education AND health care provider

___ 66 - Rescreen planned

SCHOOL DISTRICT VERIFICATION OF INFORMATION

I hereby verify that the above information is true and current to the best of my knowledge.

School District Early Childhood Screening Coordinator Signature

Date

CONSENTIMIENTO PARA RECOPIRAR, USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN EVALUACIÓN DE SALUD Y DESARROLLO INFANTIL

(INFORMATION COLLECTION, USE, AND RELEASE CONSENT CHILD HEALTH & DEVELOPMENTAL SCREENING – Spanish)

Nombre del niño	Fecha de nacimiento	<i>(For office use)</i> Child's Record No. _____
Nombre del padre/la madre		

(esta organización) usa información de esta Evaluación de Salud y Desarrollo Infantil para identificar cualquier posible problema que pueda interferir con la salud, el crecimiento, el desarrollo o el aprendizaje de su hijo. Según las leyes de Minnesota, los resultados de las evaluaciones se clasifican como información privada. Los resultados no pueden divulgarse ni discutirse con ninguna persona sin el consentimiento suyo. Que usted se niegue a divulgar esta información no afectará la elegibilidad de su hijo para recibir asistencia médica ni ningún otro programa de salud, educación o servicio social.

La información puede usarse para los siguientes propósitos:

1. Para obtener servicios de seguimiento para su hijo después de la evaluación.
2. Para hacer arreglos para más evaluaciones o controles de la salud, el crecimiento, el desarrollo o el aprendizaje de su hijo.
3. Para satisfacer los requisitos para inscribirse en la escuela pública.
4. Para evaluar programas de evaluación del Departamento de Salud de Minnesota, el Departamento de Educación de Minnesota y/o el Departamento de Servicios Humanos. El nombre de su hijo no se indicará en ningún resultado de evaluación.

Su firma indica que usted ha leído y comprendido y que está de acuerdo en que se use la información según se indicó arriba.

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Por la presente autorizo la divulgación de la información de evaluación de mi hijo a los siguientes programas o servicios indicados para propósitos de evaluación, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o programación. (Sírvese dar los nombres y las direcciones que estén disponibles.)

Marque (✓) cualquier persona/agencia que usted desee que reciba información de evaluación sobre su hijo.

	Proveedor de cuidado infantil (guardería)
	Dentista (Nombre)
	Programa Early Childhood Family Education (ECFE)
	Programa Early Childhood Special Education
	Programa Follow Along
	Programa Head Start (Nombre)
	Proveedor de cuidado médico
	Comité interagencial de intervención temprana (Interagency Early Intervention Committee - IEIC)
	Agencia de salud mental
	Otro
	Agencia de salud pública/Programa WIC
	Distrito escolar
	Programa School Readiness
	Otro (programas regionales específicos)

Comprendo la información

Autorizo que se divulgue la información

Firma del padre/madre/tutor	Fecha	Relación con el menor
-----------------------------	-------	-----------------------



HISTORIAL DE SALUD Y DESARROLLO DEL NIÑO (DE 3 A 6 AÑOS DE EDAD)

Nombre del niño: _____ M F Fecha de nacimiento: _____ Edad _____
(For office use only)

MARSS other ID: _____ Idiomas que se hablan en el hogar: _____

Nombre(s) del padre o tutor: _____

Persona que llena el formulario: _____ Fecha: _____

¿Con qué frecuencia visita su hijo a un médico o enfermera? _____

Fecha de la última visita de bienestar del niño: _____

¿Con qué frecuencia visita su hijo a un dentista? _____ Fecha del último examen dental: _____

Fecha del examen completo de la vista (ojos) más reciente de su hijo, si ha recibido uno: _____
El examen completo de la vista lo realiza un optómetra o un oftalmólogo.

¿Tiene su hijo seguro de salud? Sí No Solicitó

Marque las casillas que usted o su hijo usan, si corresponde:

- Educación de Niñez Temprana de la Familia
- Chequeos para Niños y Adolescentes
- Guardería de niños
- Educación Especial de Niñez Temprana
- Pre-kindergarten en la escuela
- Cuidado por la familia o vecino
- Programa Follow Along
- Pre-escuela privada
- Biblioteca
- Educación de los Padres
- Head Start
- WIC
- Programas de Parques y Recreación
- Cuidado de padres sustitutos
- Despensa o banco de alimentos

SALUD

Marque todas las preocupaciones que aplican a su hijo y describa:

- Alergias: alimentos medicamentos animales/insectos polvo/moho de temporada
- Toma medicamentos, hierbas y/o vitaminas: _____
- Visitas a especialistas de salud, estadías en el hospital y/o cirugías: _____
- Lesiones y enfermedades graves, visitas a la Sala de Emergencia. Motivo y fecha: _____
- Lesiones en la cabeza (¿pérdida del conocimiento?) _____
- Envenenamiento por plomo, nivel si se conoce: _____
- Dificultad para respirar, tos o asma: _____
- Problemas o erupciones de la piel: _____
- Ataques súbitos o convulsiones, o episodios de mirada fija: _____
- Problemas de la vista o usa anteojos: _____
- Tubos de ecualización de presión (PE) o problemas de audición: _____
- Dientes: una o más caries: _____
- Alimentación, problemas gástricos o estreñimiento: _____
- Preocupaciones respecto a salud mental, tales como ansiedad, depresión o problemas de atención? _____
- Adoptado, si la respuesta es sí, a qué edad: _____
- ¿Problemas durante el embarazo o el parto? _____
- Nació tres semanas más tarde o más temprano _____ No. de semanas al nacer.
Peso del niño al nacer: _____
- Después de nacer, se quedó en el hospital más tiempo que la madre, razón: _____
- ¿Es posible que antes de saber que estaba embarazada usted usó medicamentos, alcohol, cigarrillos o drogas callejeras? _____
- Indique cualquier otra preocupación: _____
-

Indique cualquier problema de salud de la familia (los padres o hermanos del niño):

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Problemas de atención | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Alergia | <input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Problemas de crecimiento |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Trastornos de salud mental | <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Sordera/problemas de audición | <input type="checkbox"/> Anemia falciforme o rasgo | <input type="checkbox"/> Otros problemas de salud |

RUTINA DIARIA DEL NIÑO

- Se acuesta a dormir a las _____ p.m. Se despierta a las _____ a.m.
- Hace ejercicios durante 60 minutos o más al día
- Tiene dificultad para dormirse o mantenerse dormido
- NO puede hacer o NO hace ejercicios durante 60 minutos al día
- Toma una siesta: de _____ a _____
- Tiempo que pasa mirando la TV o en juegos de video: __horas al día

Cada día come algunos alimentos de los grupos de alimentos:

- 5 a 9 porciones de frutas y verduras: naranjas, manzanas, bananas, mangos, bayas y fresas, espinaca, maíz, chícharos
- 3 porciones de alimentos con alto contenido de calcio: leche, queso, yogur, leche de soya, tofu
- 2 o 3 porciones de alimentos con alto contenido de hierro: pescado, aves, carne, frijoles, legumbres y huevos
- 3 o más porciones de granos integrales: pan integral, cereales, arroz integral, tortillas, galletas o pasta
- Más de una porción de dulces, jugos de frutas o comida sin valor nutritivo cada día

En los últimos 12 meses, nos preocupamos de que se nos acabara la comida antes de que pudiéramos comprar más sí no

En los últimos 12 meses, la comida que compramos se nos acabó y no teníamos dinero para comprar más sí no

SEGURIDAD EN EL HOGAR

Situación actual respecto a la vivienda:

- alquilamos o dueños de casa vivimos con amigos o familiares hotel o motel
 albergue de emergencia/vivienda de transición

¿Vive o juega su hijo en una casa o edificio construido antes de: 1978 remodelado en los últimos 5 años?

Alguien en la casa o que cuida a su hijo: usa tabaco o fuma usa alcohol tiene un arma de fuego

Le preocupa que su hijo esté expuesto a: violencia drogas callejeras condiciones inseguras

Usa o tiene usted y/o su hijo lo siguiente:

- asientos de auto cascos de bicicletas detector de humo detector de monóxido de carbón

APRENDIZAJE

- Mi hijo aprendió a hacer las cosas a la misma edad que otros niños (sentarse, pararse, caminar, usar el inodoro, etc.)

Si no, explique: _____

Mi hijo necesita ayuda con: usar el inodoro actividad/movilidad vestirse nutrición/comer

Otro: _____

Marque cualquiera de los siguientes:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dice los números del 1 al 10 | <input type="checkbox"/> Entiende a otras personas |
| <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para hablar o es difícil entenderlo | <input type="checkbox"/> Puede seguir instrucciones |
| <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para que otros lo entiendan | <input type="checkbox"/> Juega de diversas maneras |
| <input type="checkbox"/> Parece torpe al usar las manos | <input type="checkbox"/> Camina o corre con torpeza (se cae) |