

Kenosha Unified School District No. 1
KINDERGARTEN SCREENING INFORMATION FORM

Este formulario será colocado en el archivo escolar permanente de su hijo/a. Toda la información será considerada confidencial.

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

(Circula uno)
Género: Niño Niña

Número de Teléfono: _____

Mano Dominante: Derecha Izquierda

Persona completando este formulario: _____

Relación con el niño/a: _____

Idioma(s) hablado en la casa: _____

¿Con quién vive el niño/a? (Incluya padres, hermanos, hermanas y otros.)

Por favor, marque la respuesta apropiada en cada ítem listado abajo y explique cuando sea necesario.

1. Historia de Salud

- | Sí | No | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas durante el embarazo – Sí, por favor, explique _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas durante el nacimiento – Sí, por favor, explique _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nacimiento prematuro |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Peso bajo al nacer |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad o accidente grave desde el nacimiento – Sí, por favor, explique _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otros problemas con la salud durante la infancia – Sí, por favor, explique _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cualesquiera problemas de la salud corrientes – Sí, por favor, explique _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Historia de infecciones del oído |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas para oír |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lentes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas con la visión |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Historia de niveles altos de plomo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Niveles actuales de plomo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El niño/a toma medicina recetada. Si, indique el nombre y la razón para la receta.
_____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Limitaciones físicas – Sí, por favor, explique _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cualquier preocupación especial expresada por el médico – Sí, por favor explique _____ |

2. Historia del Desarrollo

	Temprano	Promedio	Tarde
Aprendió a gatear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aprendió a caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aprendió a hablar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si Ud. ha visto un médico u otro profesional sobre un problema o retraso en el habla o el crecimiento físico, por favor explique.

3. Historia Familiar

¿Hay una historia de problemas o retrasos en el aprendizaje con parientes cercanos? (Por favor, explique.)

4. Pre-Kindergarten Aprendizaje/Experiencias en Grupo

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--|
| Sí | No | | Sí | No | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Head Start | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Jardín de Infantes/Preescolar |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | KUSD Early Childhood Programa de Educación Especial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Day Care |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | KUSD Early Childhood Programa de Amigos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Biblioteca |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Programa de Impacto del Habla | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Clases de Catecismo |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pre-K | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro (por ejemplo: lección-música/arte, atléticos, otros)
Sí, por favor, especifique. |

¿Cree, Ud. , que algunas de las actividades en que su hijo/a participó fueron experiencias especialmente positivas o negativas? (Por favor, explique)

5. Social/Emocional

Por favor, explique cualquier cambio significado en su vida (por ejemplo, mudanza, divorcio, enfermedad grave o muerte en la familia) que su hijo/a haya experimentado.

6. Presteza de Aprendizaje

A. Por favor, apunte las fortalezas, debilidades y intereses específicas de su hijo/a:

Fortalezas	Debilidades	Intereses Específicos

B. ¿Cómo se siente su hijo/a sobre comenzar el kindergarten?

C. ¿Cree, Ud., que él/ella está listo/a? _____

D. ¿Con qué facilidad su hijo/a aprende cosas nuevas como letras, palabras, colores etc.?

7. ¿Ud. tiene alguna preocupación significativa sobre su hijo/a en las áreas siguientes?

- | Sí | No | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificultad para usar el baño independiente |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificultad para seguir instrucciones o direcciones |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificultad para llevarse bien con sus compañeros |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Inhabilidad para compartir materiales |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dificultad para contenerse |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | No puede trabajar ni jugar independiente |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Se frustra con facilidad |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Atención limitada |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Honestidad |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Golpea a otros |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Separación de los padres |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Miedos – Sí, por favor, explique. |

Si Ud. quisiera hablar con alguien sobre cualquiera preocupación, por favor, póngase en contacto con el principal de la escuela de su hijo/a.