



**KINDERGARTEN SCREENING INFORMATION FORM  
SPECIAL EDUCATION AND STUDENT SUPPORT**

**\*\* 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: \_\_\_\_\_

Género: Niño Niña  
Dominante: Derecha Izquierda

Numero de \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

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 punto anotado abajo y explique cuando sea necesario.

**1. Historial de Salud**

- | Sí                       | No                       |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas durante el embarazo – Si, por favor, explique _____                          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas durante el nacimiento – Si, 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 – Si, por favor, explique _____       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otros problemas de salud durante la infancia- Si, por favor, explique _____            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Algún problema de salud de continuo – Si por favor, explique _____                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Historial 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"/> | Historial 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 medicamento recetado. Si, indique el nombre y la razón para la receta. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Limitaciones físicas – Si, por favor, explique _____                                   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alguna preocupación especial expresada por el médico – Si, por favor explique _____    |

**2. Historial 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"/>

¿Ha visto un médico u otro profesional sobre un problema, retraso en el habla, o el crecimiento físico de su hijo(a)? por favor explique.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Historial Familiar**

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

4. Aprendizaje de Pre-Kindergarten /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"/> | Programa de Educación Especial en la infancia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Guardería   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Programa de Amigos en la infancia             | <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<br>música/arte, atléticos, otros)<br>Sí, por favor, especifique. |

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

---



---



---

5. Social / Emocional

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

---



---



---

6. Aprendizaje de disposición

A. Por favor, apunte las fortalezas, debilidades e intereses específicas de su hijo(a):

Fortalezas	Debilidades	Intereses Específicos

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

---



---

C. ¿Cree usted, que él/ella está listo?

D. ¿Con que facilidad aprende cosas nuevas, como letras, palabras, o colores etc. su hijo(a)?

---



---

7. ¿Tiene alguna preocupación significativa sobre su hijo(a) 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 independientemente      |
| <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 le gustaría hablar con alguien sobre alguna preocupación, por favor comuníquese con el director(a) de su hijo(a).