



educational excellence through leadership, partnership, and innovation

Formulario de referido al programa preescolar de Intervención Temprana

- Transición del Programa de Intervención Temprana de infante y niño
• Referido Inicial/Nuevo
• Transición de Programa de intervención temprana debido a una mudanza

Excelencia Educativa a través del liderazgo, alianza e innovación

Nombre de él/la niño (a): Sexo: Fecha de Nacimiento:

Dirección de él/la niño (a):

Distrito Escolar donde vive él/la niño (a):

¿Cuál es la Etnicidad de él/la niño (a)? Hispano No Hispano o Latino

¿Cuál es la Etnicidad de él/la niño (a)? Blanco Negro o Afro Americano Asiático
Nativo de Hawai u otro Isleño del pacífico

Nombre de la madre: Nombre del Padre

Teléfono (Casa): Teléfono (Casa):

Teléfono (Celular): Teléfono (Celular):

Teléfono (Trabajo): Teléfono (Trabajo):

E-Mail: E-Mail:

¿Vive con él/la niño (a)? sí no ¿Vive con él/la niño (a)? sí no

Si no, provea la dirección: Si no, provea la dirección:

¿Cuál es el idioma predominante hablado en el hogar?:

Dialecto:

¿Necesita un intérprete para los padres?: sí no

(*Se proporcionará un intérprete en el idioma nativo de su hijo (a).)

Por favor, solo complete esta sección si él/la niño (a) tiene un guardián legal o padre/madre de crianza

Nombre del guardián legal o padre/madre de crianza:

(Proporcione una copia de sus documentos legales)

Teléfono de la casa:

Teléfono celular del guardián legal o padre/madre de crianza:

Teléfono del trabajo del guardián legal o padre/madre de crianza:

Correo electrónico del guardián legal o padre/madre de crianza: _____
¿Quién tiene los derechos educativos? _____

A continuación provea la información de cualquier hermano (a):

<u>Nombre:</u>	<u>Sexo:</u>	<u>Edad:</u>	<u>¿Vive en el hogar con niño/a?</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Qué preocupaciones tiene acerca del desarrollo de su niño (a)?

¿Cómo supo acerca del programa preescolar de Intervención Temprana (CAIU)?

¿Asiste su niño (a) a cualquiera de los siguientes?

_____ Jardín infantil _____ Cuido de niños (as)/Guardería infantil _____ Pre-K Counts
_____ Head Start _____ Cuido de niños (as) en un hogar privado/ niñera

Si selecciono cualquiera de las anteriores, por favor indíquenos: ¿Dónde?

¿Qué días? _____ ¿A qué hora? _____

HISTORIAL DEL DESARROLLO

Tuvo usted cualquier dificultad: _____ Antes _____ Durante _____ Después del nacimiento de este/a niño (a)

Seleccione cualquiera de las siguientes que apliquen:

_____ Apoyo de ventilador _____ Necesito Oxígeno
_____ Hemorragia Interventricular (Hemorragia cerebral) _____ Pre-Eclampsia
_____ Alguna otra complicación: _____

Exposición a sustancias tóxicas: _____ Drogas _____ Alcohol

¿Él/la niño (a) necesito algún tratamiento médico especial inmediatamente después de nacer?

sí no

_____ Tratamiento/cuidados de la Unidad Neonatal de cuidados intensivos (NICU)

_____ Número de días

Otro: _____

Duración del Embarazo: _____ semanas

Peso al nacer: _____ lbs. _____ oz (s)

Habilidades Motoras Gruesas:

¿Qué edad tenía su niño (a) cuando él/ella comenzó a?:

Sentarse _____
Gatear _____
Caminar _____

¿Su niño/a puede?: ___ caminar ___ correr ___ subir escaleras ___ bajar escaleras
¿Alternan los pies al subir las escaleras? sí no

Ir al baño: ___ Esta completamente entrenado (a) ___ Esta parcialmente entrenado (a)
___ No está entrenado (a)

Alimentación: ¿Se alimenta su hijo/hija independientemente? Sí No

Utiliza: ___ Utensilios ___ las manos

¿Su niño (a) generalmente toma de una?: ___ botella ___ taza de entrenamiento ___ vaso/taza regular

¿Tiene su niño (a) hábitos de alimentación inusuales (sólo come ciertas cosas, sólo come ciertas consistencias/texturas, se sobre alimenta, come cosas que no son comida)? sí no
Si, marco que sí; por favor describa:

VESTIRSE: Es él/la niño (a) capaz de

___ vestir independientemente ___ requiere ayuda ___ no se viste independientemente

COMUNICACION:

¿Qué edad tenía su niño (a) cuando él/ella comenzó a?:

Utilizar palabra simples _____
Usar Frases _____
Usar Oraciones _____
Mi niño (a) aun no habla _____

Si su niño no utiliza palabras, o utiliza escasas palabras, ¿Cómo le hace saber lo que quiere o necesita?

___ gestos/señalando ___ gimotear/llanto ___ le lleva a lo que quiere/necesita ___ produce sonidos

Otro: _____

¿Cuánto de lo que su niño (a) usted o miembros de la familia comprenden?

___ 100% (todo) ___ 75% (la mayoría) ___ 50% (algo) ___ 25% (poco) ___ 0% (nada)

¿Cuánto de lo que su niño dice otros comprenden?

___ 100% (todo) ___ 75% (la mayoría) ___ 50% (algo) ___ 25% (poco) ___ 0% (nada)

Una vez que su niño (a) comenzó a utilizar palabras en algún momento dejó de hablar? sí no

Si marco que sí, por favor describa: _____

Mi niño (a) puede: ___ seguir instrucciones de un solo paso ___ seguir instrucciones de dos pasos
___ todavía no sigue instrucciones

HISTORIAL MÉDICO Y PSICOSOCIAL

¿Tiene su niño (a) tarjeta de asistencia médica (MA)? De tenerla, por favor provea el número:

Nombre del Médico de su niño (a): _____

Dirección del médico y/o el teléfono: _____

Provea el nombre de cualquier otro Médico que le provea servicios a su hijo (a), de tener alguno:

Describa cualquier problema médico significativo actual o pasado:

Cirugías: _____

Hospitalizaciones: _____

Enfermedades graves: _____

Si su niño (a) ha sido diagnosticado, con cualquiera de los siguientes, por favor provea una copia de cualquier informe que usted pueda tener en su posesión en relación a ese diagnóstico.

___ Convulsiones ___ Asma ___ Diabetes ___ Infecciones crónicas de oído

___ Dificultad con el control de intestinos o vesícula

___ Trastorno de hiperactividad con déficit de atención (por sus siglas en inglés, ADHD), ¿Por quién?:

___ Trastornos generalizados del desarrollo (por sus siglas en inglés, PDD), ¿Por quién?:

___ Espectro de desórdenes de Autismo, ¿Por quién?: _____

___ Trastorno obsesivo-compulsivo (por sus siglas en inglés, OCD), ¿Por quién?:

___ Desorden Desafiante oposicional (por sus siglas en inglés, IMPAR), ¿Por quién?:

___ Disfunción de la integración sensorial, ¿Por quién?: _____

___ Envenenamiento/Intoxicación de plomo, ¿Por quién?:

___ Problemas de la visión, tienen anteojos/espeuelos prescritos/recetados sí no ¿Por quién?:

___ Problemas de audición, tiene audífonos que fueron prescritos/recetados sí no

¿Por quién?: _____

___ Alergias, de tener alergias, por favor describa: _____

___ Otro: _____

¿Su niño (a) actualmente toma algún medicamento? Sí no

(De tomar algún medicamento por favor indique cuales)

Medicamento _____ Dosis _____

Medicamento _____ Dosis _____

Su niño (a) generalmente juega: ___ sólo (a) ___ cerca de otros niños (as) ___ con otros niños (as)

(compartiendo y/o tomando turnos)

Haga una marca en cualquiera de las siguientes que describan las preocupaciones que usted tiene en cuanto al desarrollo de su niño (a)

___ **Desventajas del Desarrollo:** necesita mucha ayuda a aprender nuevas habilidades, no parecen estar aprendiendo dentro del marco típico del desarrollo, tardío en alcanzar las etapas del desarrollo.

___ **Habla/Lenguaje:**

___ **Articulación:** dificultad pronunciando palabras

___ **Idioma Expresivo:** dificultad poniendo palabras juntas para formar oraciones, utiliza pocas palabras

___ **Idioma Receptivo:** dificultad contestando preguntas, y siguiendo instrucciones

___ **Idioma Pragmático:** dificultad utilizando palabras para obtener sus deseos/necesidades cumplidas, no puede continuar una conversación, habla de un sólo tema

___ **Desarrollo Motor:**

___ **Habilidades motoras gruesas:** torpe, la dificultad corriendo, dificultad manteniendo el equilibrio, pobre manejo de su cuerpo

___ **Habilidades motoras finas:** dificultad agarrando las crayolas/ los lápices, dibujando, dificultad poniendo los bloques uno sobre otros, completando rompe cabezas

___ **La Integración sensorial:** dificultad teniendo las manos sucias/pegajosas, sensible a ruidos fuertes, busca presión profunda, sensible al tacto, dificultad con cortes de pelo/cabello

___ **La autoayuda:** ir al baño, alimentarse, dificultad al vestirse

___ **La socialización:** no juega bien con otros niños, dificultad separándose de sus padres, no trabajará en un grupo, se queda fuera de actividades de grupo con niños/as de su propia edad

___ **La atención:** poca capacidad de concentración, atención corta, cambia de actividad con frecuencia, dificultad que completando juegos/actividades sin ayuda

___ **Comportamiento/Conducta:** rabietas/pataletas, no pueden aceptar límites, se resiste a las reglas, tiene dificultad calmándose independientemente

___ **Emocional:** cambios repentinos en el humor, es un peligro para sí mismo u otros

___ **La audición:** no parece oír sonidos/palabras, pide que le repitan o que le hablan más fuerte, sube el volumen en la televisión o radio

___ **La visión:** ojos se meten hacia adentro o afuera, estrabismos, se acerca a objetos/libros para ver

Comentarios:

¿A quién debemos llamar para programar una cita? _____

¿Qué número (s) de teléfono podemos llamar entre las 8:30 AM y las 4:00 PM de lunes a viernes?

Formulario Completado por: _____

Relación con él/la niño (a): _____ **Fecha:** _____