



MINNEAPOLIS
PUBLIC SCHOOLS
Urban Education. Global Citizens.

Evaluaciones Pre-escolares INFORMACIÓN FAMILIAR Y DE SALUD

Por favor complete y traiga consigo a la evaluación!

Esta evaluación y tener las vacunas al día son **REQUERIDOS** antes de entrar al kínder.

NOTA PARA PADRES/TUTORES: La Evaluación Pre-escolar es requisito en el Estado de Minnesota para que su hijo ingrese al Kínder o a primer grado en una escuela pública, a menos de que usted sea objetor de conciencia. Si su hijo ha completado una evaluación en Head Start o con su médico durante los últimos 365 días, su hijo no necesita ser evaluado por el programa de evaluación del distrito. Usted puede optar por rechazar cualquier parte de los servicios de evaluación y aun así recibir el resto de los servicios. *Usted puede negarse a contestar preguntas sobre la salud de su hijo(a) o sobre circunstancias familiares. Rechazar cualquier parte de la evaluación no impide que su hijo(a) sea inscrito en la escuela.*

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del niño(a):	Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Mes Día Año	Sexo: <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña
Dirección:		
Ciudad:	Código Postal:	
Teléfono de casa:	Otro teléfono:	
Nombre del padre/tutor (y dirección si es diferente):	Lengua Materna:	
Nombre de la madre/tutor (y dirección si es diferente):	Lengua Materna:	
Correo electrónico:	Idioma(s) que habla el niño(a):	
Persona que completó este formulario:		

INFORMACIÓN DEL PROFESIONAL MÉDICO DE SU NIÑO(A)

Clínica: _____	Dentista: _____
Fecha del último chequeo físico de su niño(a): _____	Fecha de la última visita al dentista: _____
¿Su niño(a) tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Examen de la vista con un Optometrista u Oftalmólogo: <input type="checkbox"/> Si o <input type="checkbox"/> No	
Si su niño(a) SI tiene seguro médico, por favor indique qué tipo:	
<input type="checkbox"/> Asistencia Medica(MA) <input type="checkbox"/> HealthPartners <input type="checkbox"/> Minnesota Care <input type="checkbox"/> Blue Cross <input type="checkbox"/> U Care <input type="checkbox"/> Medica <input type="checkbox"/> MHP <input type="checkbox"/> Otro:	

EXPERIENCIA PREESCOLAR

Por favor marque si usted o su hijo(a) han participado en: <input type="checkbox"/> Early Childhood Family Education (ECFE) <input type="checkbox"/> Learning Readiness <input type="checkbox"/> Child and Teen checkups <input type="checkbox"/> Follow Along Program <input type="checkbox"/> Despensa Comunitaria (Food Shelves) <input type="checkbox"/> Educación para padres <input type="checkbox"/> Way to Grow <input type="checkbox"/> WIC	Su niño/a participa en: <input type="checkbox"/> Head Start (donde) _____ <input type="checkbox"/> Guardería (nombre) _____ <input type="checkbox"/> Guardería en casa _____ <input type="checkbox"/> Preescolar (nombre) _____ <input type="checkbox"/> Servicios para niños(as) con necesidades especiales <input type="checkbox"/> Programas Recreativos <input type="checkbox"/> Foster care <input type="checkbox"/> Otro (por favor escriba) _____
---	---

INFORMACION DEL EMBARAZO, PARTO Y CUIDADO PRENATAL

Mi hijo(a) es adoptado(a) – no tengo información sobre el cuidado prenatal, embarazo y/o parto.

Cuidado Prenatal:

Edad de la madre durante el embarazo _____ ¿Visitó al doctor regularmente? _____ Mes de primera visita médica(1-9): _____

Por favor marque la casilla que corresponda y explique si es necesario:

Mi hijo(a) nació a término (37-42 semanas) Mi hijo nació antes o después, a las _____ semanas de gestación.

Él/ella pesó _____ libras _____ onzas

Es posible que antes de saber que estaba embarazada, la madre:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bebió alcohol | <input type="checkbox"/> Estuvo expuesta a químicos tóxicos(ej. plomo, mercurio, PCBs, dioxina, pesticidas/fertilizantes) |
| <input type="checkbox"/> Utilizó drogas | <input type="checkbox"/> Tomó alguna medicina recetada(nombre) _____ |
| <input type="checkbox"/> Fumó cigarrillos | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |

¿Si la madre bebió alcohol, consumió drogas o estuvo expuesta a químicos/toxinas, cuándo sucedió?:

1^{er} trimestre 2^{do} trimestre 3^{er} trimestre mientras amamantaba a su bebe Nunca

¿La madre tuvo algún problema durante el embarazo? Sí No

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sangraba | <input type="checkbox"/> Hipertensión, toxemia, preclamsia | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Reposo | <input type="checkbox"/> Perdida de líquido amniótico | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Parto prematuro | <input type="checkbox"/> Infecciones(sarampión, CMV, varicela) | <input type="checkbox"/> Accidente |

¿Tuvo problemas durante el parto? Sí No

Posición del bebe Cesárea Uso de fórceps Uso de ventosa Sufrimiento Fetal(ritmo cardiaco)

¿Su niño necesitó asistencia médica después de nacer? Sí No

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> UCI o Nivel II | <input type="checkbox"/> Ventilador | <input type="checkbox"/> Monitor del corazón/Apnea | <input type="checkbox"/> Medicamentos _____ |
| <input type="checkbox"/> IV o comida por tubos | <input type="checkbox"/> Tratamiento de la bilirrubina | <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

HISTORIA DE SALUD DEL NIÑO(A)

Imunizaciones: (Por favor traiga una copia de la tarjeta de vacunación a la evaluación.)

- Mi niño(a) tiene todas las vacunas Mi niño(a) **no** tiene todas las vacunas No sé si tiene todas las vacunas
 Yo rechazo conscientemente las vacunas

Historia de Salud – Mi niño(a) tiene:

- Alergias: Comida _____ Medicina _____ Animales/insectos _____
 ambiente (ej. polvo, polen) _____ Otro _____
- Algún problema de salud: diabetes convulsiones problemas del corazón otro _____
- Asma u otro problema de la respiración
- Rinitis alérgica (goteo y congestión nasal)
- Restricciones en su dieta _____
- Restricción de actividades _____
- Eczema
- Toma medicina, hierbas, vitaminas, remedios hecho en casa (cual) _____
- Visita Especialistas Medicos _____
- Tuvo una enfermedad seria/golpe/golpe grave en la cabeza _____
- Ha ido a la sala de emergencia (cuando y donde) _____
- Ha estado en el hospital o cirugías (porque y fecha) _____
- Problemas de vista /se le cruzan los ojos
- Infecciones en el oído Problemas con cera en los oídos Problemas de audición Tubos en los oídos _____
- Problemas dentales _____
- Problemas al caminar o de equilibrio Debilidad en el cuerpo Se cae más a menudo que otros niños(as)
- Camina con los dedos hacia adentro/afuera Tiene aparato ortopédico en las piernas/pies
- Diagnóstico de problemas de comportamiento/atención/mental _____

Historia Familiar:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias (quien) _____ | <input type="checkbox"/> Asma (quien) _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (quien) _____ | <input type="checkbox"/> ADD/ADHD (quien) _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental (quien) _____ | <input type="checkbox"/> Problemas sociales o de comportamiento(quien) _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas para aprender(quien) _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

INFORMACIÓN SOCIAL Y DE COMPORTAMIENTO

Por favor marque solo lo que se aplica a su niño(a):

Pensamiento

- Le cuesta trabajo entender; es lento(a)
- Le cuesta trabajo hacer lo que uno le pide
- Le cuesta trabajo poner atención
- Le cuesta trabajo escuchar
- Ansioso(a)/se preocupa mucho
- Miedoso(a)
- A menudo no parece ser feliz
- Muy sentidito(a), se lastiman sus sentimientos
- No ha aprendido a hacer ciertas cosas a la misma edad que otros niños(as)

Problemas físicos

- Problemas al respirar
- Frecuentes dolores de cabeza
- Frecuente dolor de estómago o pérdida de apetito
- Dificultad de entender lo que dice/habla
- Problemas de intestinos/vejiga. No va al baño solo(a)
- Se hace del baño o tiene accidentes de día/noche
- Problemas con su alimentación

Comportamiento

- Muy callado(a)
- Demasiado activo(a)
- Le cuesta controlarse
- Parece infeliz; llora mucho
- Se niega a seguir reglas
- Se enoja muy fácilmente
- Es destructivo(a)
- Toma cosas que no le pertenecen
- Es inmaduro(a), actúa como si fuera más pequeño(a)
- Berrinchudo(a)
- Se frustra fácilmente
- Problemas sensoriales: reacciona exageradamente a ruidos fuertes, manos sucias, al tacto o luces brillantes

Social

- Rara vez juega con otros niños(as)
- Es agresivo(a); amenaza o intenta lastimar a otros
- Demasiado tímido(a)
- Demasiado amistoso(a)

RUTINAS COTIDIANAS

Por favor denos información sobre los hábitos y costumbres de su niño(a):

Costumbres de dormir

- Mi niño(a) se va a la cama fácilmente
- Le cuesta trabajo dormirse o seguir durmiendo
- Mi niño(a) se va a la cama a las _____ PM
- Se despierta a las _____ AM
- Duerme siesta desde _____ PM hasta _____ PM
- Ya no duerme siestas

Televisión

- Mira la tele _____ horas al día.
- Juega videojuegos _____ horas al día
- Usa la computadora/internet _____ horas al día.

Nutrición

- Come 3 o más porciones de granos al día(arroz o pasta integral, quínoa, avena, mijo)
- Come 5 a 9 porciones de frutas y verduras
- Come 2 a 3 porciones de comida rica en hierro (legumbres, pescado, carne, huevos)
- Come 3 porciones de comida rica en calcio
- Come más de una porción de dulces o comida chatarra

Ejercicio

- Hace al menos 60 minutos de ejercicio activo al día
- No hace/no puede hacer 60 minutos de ejercicio al día

SEGURIDAD EN EL HOGAR

Por favor marque lo que se aplique:

Su niño(a) juega o vive en un edificio:

- Construido antes de 1950 (Si fuera así: ¿le han checado el nivel de plomo en la sangre? _____ Resultado: _____)
- Construido antes de 1978
- Remodelado en los últimos 5 años

Alguien en su familia o que cuida a su niño(a):

- Fuma
- Toma alcohol
- Tiene un arma

Le preocupa que su niño(a) este expuesto(a) a:

- Violencia
- Abuso
- Drogas
- Condiciones Inseguras
- Humo de cigarro
- Otro _____

Usted y/o su niño(a) tienen/usan:

- Cinturón de seguridad
- Asiento de automóvil
- Cascos de bicicleta
- Detector de humo
- Detectores de monóxido de carbono

MAS INFORMACION...

¿Le gustaría recibir más información sobre...?:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cinturón de seguridad/asiento de coche | <input type="checkbox"/> Envenenamiento por plomo | <input type="checkbox"/> Números de emergencia |
| <input type="checkbox"/> Seguridad/casco para bicicleta | <input type="checkbox"/> Seguridad con desconocidos | <input type="checkbox"/> Comida/ropa |
| <input type="checkbox"/> Seguridad con armas | <input type="checkbox"/> Hábitos frente a la TV | <input type="checkbox"/> Clases para adultos |
| <input type="checkbox"/> Seguridad con juguetes/áreas de juego | <input type="checkbox"/> Detector de monóxido de carbono | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Crianza de niños/disciplina | <input type="checkbox"/> Detector de humo | _____ |
| <input type="checkbox"/> Grupos para padres/madres | <input type="checkbox"/> Salud o cuidado dental | _____ |
| <input type="checkbox"/> Desarrollo infantil | <input type="checkbox"/> Asma | |
| <input type="checkbox"/> Nutrición | <input type="checkbox"/> Programas de recreación | |

FAMILIA

Por favor enliste todos los miembros de su familia. Incluya adultos, niños y cualquier otra persona(s) que vivan en casa:

Mientras piensa en su niño(a) y su desarrollo, cuéntenos algo que nos ayude a entender mejor y planificar mejor para su escuela.

- ¿Cuáles son las fortalezas de la familia?

- ¿Ha habido algún tipo de estrés que pueda afectar a su niño(a)? (Por ejemplo: nuevo hermano/a, divorcio, muerte de un amigo o familiar, mudanza, problemas financieros, escasos recursos para la familia)

- ¿Tiene un grupo de amigos/familiares que los ayude o apoye?

- Por favor díganos si hay algo que les preocupa con respecto a su niño(a) sobre el cual le gustaría hablar durante la evaluación.

- Hay cualquier otra información que le gustaría compartir con nosotros para que entendamos mejor a su niño(a)?

LA HISTORIA DE SALUD E INFORMACIÓN FAMILIAR DE SU HIJO(A) SERÁ REVISADA DURANTE LA CITA PARA LA EVALUACIÓN.