Este cuestionario sirve para ayudar a planificar las evaluaciones y los servicios relacionados con sus inquietudes y prioridades. Puede completarlo el padre/madre, abuelo/a, apoderado, etc.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del menor: |  | Fecha: |  |
| Sexo: |  | FECHA DE NAC.: |  | No. SS: |  |
| Dirección: |  | Teléfono: |  |
| Escuela preescolar/centro de cuidado diurno/escuela a la que asiste: |  |
| Nombre del entrevistador: |  | Puesto en LEA: |  |
| Nombre del encuestado: |  | Parentesco con el menor: |  |
| ¿Con quién vive el menor? | [ ] Padre/madre | [ ] Otro pariente | [ ] Custodio |
|  | [ ] Apoderado | [ ] Otro |  |
| Nombre de entrevistador: |  | Puesto en LEA: |  |
| Nombre de encuestado: |  | Parentesco con el menor: |  |
| Nombre de madre/apoderada |  |  | Edad: |
| Ocupación: |  | Teléfono de trabajo: |  |
| Nombre de padre/apoderado |  |  | Edad: |
| Ocupación: |  | Teléfono de trabajo: |  |
| Padre/Madre es/son | [ ] casado(a) | [ ] divorciado(a) | [ ] separado(a) |
|  | [ ] soltero(a) | [ ] viudo(a) |  |
| Otros niños en casa: |
|  Nombre Sexo Edad Relación |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Historial de nacimiento (explique las enfermedades/lesiones/complicaciones que haya tenido durante el embarazo): |
|  |
| ¿Nació el bebé prematuro? [ ] Sí [ ] No Si es así, ¿cuántas semanas/meses antes? |
| ¿Hubo problemas después del parto? [ ] Sí [ ] No Si es así, explique. |  |
|  |
| ¿Cuánto tiempo permaneció el bebé hospitalizado tras nacer? |  |
| ¿Hay otras discapacidades conocidas en la familia? | [ ] Sí [ ] No Si es así, explique.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| ¿Recibió su hijo un diagnóstico de salud? | [ ] Sí [ ] No Si es así, explique.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| ¿En el pasado, recibió su hijo servicios de Intervención Temprano? | [ ] Sí [ ] No  |
| Si es así, fecha de entrar y salir: | Entrar:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Salir:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| ¿Ha sido evaluado y/o recibe servicios especiales? | [ ] Sí [ ] No Si es así, explique.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| Médico de hijo: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de reconocimiento médico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Obtenido formulario de autorización: | [ ] Sí [ ] No  |
| ¿Cuál es el principal medio de comunicación de su hijo? |  |
| [ ] Habla [ ] Señas [ ] Dispositivo de comunicación [ ] Gestos [ ] Vocalizaciones |
| [ ] Combinación de modos [ ] Otro (especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Cuáles son algunos de los gustos/intereses de su hijo? |  |
|  |
| ¿Hay alimentos que no pueda consumir (incluya las alergias)? [ ] Sí [ ] No Si es así, indíquelos. |
|  |
| ¿Hay alimentos que no consuma? [ ] Sí [ ] No Si es así, indíquelos. |
|  |
| ¿Toma actualmente algún medicamento? [ ] Sí [ ] No Si es así, explique. |
|  |
| ¿Duerme su hijo por la noche? [ ] Sí [ ] No |
| Si es así, explique: |  |
| Indique algún progreso o cambios recientes que haya visto en el menor. |  |
|  |
|  |
| Comentarios:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Lenguaje/Alfabetización/Comunicación** |
|  | ¿Puede su hijo/a… | **Sí** | **No** |
| **1.** | Identificar sonidos? (LL.P.2.1-2, LL.P.7.2) |  |  |
| **2.** | Identificar sílabas? (LL.P.2.3, LL.P.6.5) |  |  |
| **3.** | Identificar/reconocer palabras que rima? (LL.P.2.4) |  |  |
| **4.** | Identificar letrero/señal público? (McDonald’s, Wal-Mart) (LL.P.6.2, LL.P.6.5) |  |  |
| **5.** | Reconocer nombre escrito? (LL.P.6.2-3, LL.P.6.5) |  |  |
| **6.** | Identificar abecedario? (LL.P.6.4-5, LL.P.7.1) |  |  |
| **7.** | Hablar claramente? (LL.P.4.4) |  |  |
| **8.** | Hablar para la familia entender? |  |  |
| **9.** | Hablar para otra gente entender? |  |  |

Comentarios/Inquietudes

|  |
| --- |
| **Matemáticas y Ciencia** |
|  | ¿Puede su hijo/a… | **Sí** | **No** |
| **1.** | Cuenta 5 objetos exactamente? (M.P.1.1) |  |  |
| **2.** | Entender conceptos de posición (en, sobre, debajo, detrás, enfrente) (M.P.2.2) |  |  |
| **3.** | Decir que viene próximo en un adorno sencillo? (M.P.3.2) |  |  |
| **4.** | Comparar objetos por tamaño (grande, pequeño, largo, corto…)? (M.P.4.1, S.P.2.1) |  |  |
| **5.** | Comparar objetos por peso (pesado, ligero)? (M.P.4.2, S.P.2.1) |  |  |
| **6.** | Llamar los días de la semana? (M.P. 4.3) |  |  |
| **7.** | Entender más y menos? (M.P.5.1) |  |  |
| **8.** | Tolerar texturas, olores, sabores, y ruidos? (S.P.1.1)  |  |  |
| **9.** | Tocar o llamar dibujos de invierno o verano? (S.P. 4.1) |  |  |
| **10.** | Tocar o llamar tipos de tiempo (lluvia, sol, calor, o frío)? (S.P.4.2) |  |  |

Comentarios/Inquietudes

|  |
| --- |
| **Atención y Comportamiento** |
|  | ¿Puede su hijo/a… | **Sí** | **No** |
| **1.** | Demostrar el periodo de concentración apropiada?  |  |  |
| **2.** | Hacer contacto visual?  |  |  |
| **3.** | Tener rabietas? |  |  |
| **4.** | Parecer hiperactivo? |  |  |
| **5.** | Aceptar limites? (S.E.P.3.2) |  |  |
| **6.** | Interactuar bien con otros? (LL.P.1.1) |  |  |
| **7.** | Obedecer reglas o cumplir con lo que se le pide?  |  |  |
| **8.** | Golpear o lastimar a otros?  |  |  |
| **9.** | Reconocer peligro? |  |  |
| **10.** | Parecer tranquilo/retraído? |  |  |
| **11.** | Tener miedos inusuales?Escriba: |  |  |

Comentarios/Inquietudes

|  |
| --- |
| **Conocimiento, Artes, Vida Diaria, Desarollo, Tecnología**  |
|  | ¿Puede su hijo/a… | **Sí** | **No** |
| **1.** | Cumplir/Acabar rompecabezas/puzzle? (AL.P.1.2) |  |  |
| **2.** | Construir torres de bloques? (AL.P.1.2, CA.P.1.1) |  |  |
| **3.** | Usar crayones/marcadores? (CA.P.1.1, PD.P.2.1) |  |  |
| **4.** | Usar pintura? (CA.P.1.1, PD.P.2.1) |  |  |
| **5.** | Usar adhesivos/pegamento? (CA.P.1.1, PD.P.2.1) |  |  |
| **6.** | Tocar instrumentos musicales? (CA.P.2.1, CA.P.2.2) |  |  |
| **7.** | Juega con juguetes apropiadamente (muñeca, troques/camiones)? (CA.P.3.1) |  |  |
| **8.** | Cepillarse los dientes independientemente? (HDL.P.1.3) |  |  |
| **9.** | Cortar con tijeras? (PD.P.2.1, CA.P.1.1) |  |  |
| **10.** | Usar plastilina? (PD.P.2.1, CA.P.1.1) |  |  |
| **11.** | Apilar cubos? (PD.P.2.2) |  |  |
| **12.** | Enhebrar cuentas? (PD.P.2.2) |  |  |
| **13.** | Usar ratón de computadora/control de juguetes de video/iPad…? (T.P.1.1) |  |  |

Comentarios/Inquietudes