



Paquete de inscripción 3-5

220 North Grant Avenue, Fort Collins, CO 80521

Phone: (970) 490-3204 Fax: (970) 490-3134 Email: psdece@psdschools.org bit.ly/PSDpreschool

Información de contacto de emergencia

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento del niño: _____

Contacto de Emergencia (que no sea Guardián Primario y Secundario): _____ Relación con el niño: _____

Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Celular): _____

Marque todo lo que corresponda: Contacto de emergencia Permiso de recojer al nino

¿Esta persona tiene al menos 16 años de edad con un documento de identidad válido? Sí No

Contacto de Emergencia (que no sea Guardián Primario y Secundario): _____ Relación con el niño: _____

Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Celular): _____

Marque todo lo que corresponda: Contacto de emergencia Permiso de recojer al nino

¿Esta persona tiene al menos 16 años de edad con un documento de identidad válido? Sí No

Contacto de Emergencia (que no sea Guardián Primario y Secundario): _____ Relación con el niño: _____

Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Celular): _____

Marque todo lo que corresponda: Contacto de emergencia Permiso de recojer al nino

¿Esta persona tiene al menos 16 años de edad con un documento de identidad válido? Sí No

Contacto de Emergencia (que no sea Guardián Primario y Secundario): _____ Relación con el niño: _____

Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Celular): _____

Marque todo lo que corresponda: Contacto de emergencia Permiso de recojer al nino

¿Esta persona tiene al menos 16 años de edad con un documento de identidad válido? Sí No

Contacto de Emergencia (que no sea Guardián Primario y Secundario): _____ Relación con el niño: _____

Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Celular): _____

Marque todo lo que corresponda: Contacto de emergencia Permiso de recojer al nino

¿Esta persona tiene al menos 16 años de edad con un documento de identidad válido? Sí No

Contacto de Emergencia (que no sea Guardián Primario y Secundario): _____ Relación con el niño: _____

Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Celular): _____

Marque todo lo que corresponda: Contacto de emergencia Permiso de recojer al nino

¿Esta persona tiene al menos 16 años de edad con un documento de identidad válido? Sí No



This box MUST be completed by school registrar before giving to site ELD and/or McKinney representative as appropriate.

Intake School: _____ Intake Date: _____

Enrolling School: _____ Date Enrolled: _____

Student ID #: _____ Grade: _

FORMULARIO DEL LENGUAJE EN EL HOGAR Y LUGAR DE RESIDENCIA (VIVIENDA)

Las regulaciones estatales y federales requieren que las escuelas determinen si se cumplen los requisitos para recibir servicios educativos y apoyo del programa del Desarrollo del Idioma Inglés, el programa para emigrantes, refugiados o McKinney-Vento.

Esta información se utiliza para garantizar que se satisfagan los derechos educativos de cada niño.

La **información confidencial** en mención es para uso exclusivo de la escuela.

Apellidos de el/la estudiante:	Primer nombre de el/la estudiante:	Segundo nombre de el/la estudiante:
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:	Dirección de domicilio:
Fecha en que el/la estudiante entró a Colorado:	Fecha en que el/la estudiante entró a los Estados Unidos (si corresponde):	
Nombre de el/los padre(s)/tutor legal:	Números de teléfono:	

Encuesta sobre el lenguaje en el hogar

¿Su niño(a) entiende un idioma que no sea el inglés? Si es así, ¿en qué otros idiomas se comunica su niño(a)?	
¿Cuál fue el primer idioma que su niño(a) aprendió?	
¿Qué idioma utiliza usted más frecuentemente para hablar con su niño(a)?	
¿Qué idioma utiliza su niño(a) con mayor frecuencia para hablar con usted?	
¿Su niño(a) puede leer y escribir en este idioma?	
Enumere cualquier otro idioma que se utilice en el hogar.	
¿Qué idioma prefiere para recibir comunicados de la escuela, y estar en contacto con ella?	

Historial educativo

Por favor responder el siguiente historial educativo, de la manera más precisa posible.

Grado y fecha(s)	Nombre de la escuela	Ubicación de la escuela	Idioma en que ha recibido instrucción

Si llegó a los Estados Unidos, procedente de otro país, ¿su niño(a) asistió a la escuela en ese país? Sí No

Si es así, por favor contestar las siguientes preguntas:

¿Durante cuántos años en total asistió su niño(a) a una escuela en otro país? ¿en qué país?	
¿Su niño(a) recibió alguna instrucción especializada (por ejemplo, programación para alumnos con capacidades y talentos excepcionales, educación especial, intervenciones educativas)?	

¿Le(s) han dado documentos de "estatus de refugiado" ("Refugee Status")? Sí No

Condiciones de Salud

Estudiante Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Proveedor de Servicios de Salud/Clinica Médica: _____ Fecha de último examen: _____

Dentista/ Clínica Dental: _____ Fecha de último examen: _____

Es matriculado usted en el Programa de Cupones para Alimentos (SNAP) SI No

¿Su hijo/a actualmente recibe WIC? SI No

Seguro Médico:

Medicaid/HealthFirst Colorado Health PlanPlus (CHP+) Ninguno Otro _____

Hospital de Preferencia:

Poudre Valley Hospital McKee Medical Center Medical Center of the Rockies Banner Health

Condiciones de Salud:

Respuesta		Condición de Salud	Respuesta		Condición de Salud
SI	NO	Alergias – Medio Ambiente, Animales	SI	NO	Problemas del Oídos ¿usa aparato auditivo? SI NO
SI	NO	Alergias – Comida	SI	NO	Cardiacos
SI	NO	Alergia - Insectos	SI	NO	Riñones / Urinarios
SI	NO	Alergia - Medicamento	SI	NO	Salud Mental
SI	NO	Asma	SI	NO	Problemas Neurológicos
SI	NO	Autismo Trastorno del Espectro	SI	NO	Ortopédicos
SI	NO	Lesión en la Cabeza / Cerebro	SI	NO	Restricciones físicas
SI	NO	Cáncer	SI	NO	Historia de nacimiento importante
SI	NO	Problemas para masticar o tragar	SI	NO	Convulsiones/Epilepsia
SI	NO	Diabetes	SI	NO	Dieta especial
SI	NO	Tubo- G	SI	NO	Problemas de Visión – ¿usa lentes? SI NO
SI	NO	Transformo genético	OTRO:		

Explique cualquier condición(es) de salud arriba: _____

¿Su hijo(a) necesita medicamentos en la escuela? SI NO

Escriba el nombre de la medicina(s): _____

*imprima o solicite una forma de Autorización para Administrar Medicamentos de la escuela o de la página de internet de PSD en los servicios de salud

Por favor escriba cualquier medicamento/s que tome su hijo(a) todos los días en casa: _____

Yo he dado esta información de salud de manera voluntaria. Entiendo que necesito proveer los siguientes documentos para el archivo de salud de mi hijo(a): Las vacunas actuales, examen físico, examen dental y los resultados de plomo.

Firma del Padre/Tutor

Fecha



Por favor complete estas últimas tres páginas sólo si usted tiene preocupaciones.

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento del niño: _____

Embarazo y nacimiento

Peso al nacer: _____ lbs. _____ oz. Niño nacido en: 40+ semanas Prematuro a _____ cuantas semanas antes _____

1. Por favor, comparta cualquier dificultad durante el embarazo, el parto o el parto:

2. ¿Su bebé experimentó alguna dificultad después del parto (es decir: convulsiones, dificultad para respirar):

3. Cualquier medicamento utilizado durante el embarazo: Sí No - Lista de medicamentos y razón:

4. Describa cómo fue su hijo cuando era bebé:

Salud e Historia del Desarrollo

Aseo

Empieza a aprender Usa pañal durante el día
 Necesita ayuda ir al baño Sabe usar el baño

Preocupaciones porque todavía se ensucia o se moja:

Hábitos de dormir

¿Siente que su hijo duerme lo suficiente? Sí No
¿Su hijo se calma fácilmente? Sí No Preocupaciones:

Consideraciones familiares

¿Ha habido algún cambio en la vida del niño, como un nuevo hermano, divorcio, matrimonio o muerte en la familia?
Describe la reacción del niño. _____

Desarrollo actual del niño

Su hijo tiene actualmente o activo una: IFSP IEP Terapia Privada del: _____ si tiene, por favor proporcionar una copia o firme una forma de liberar información para que podamos acceder una copia.

¿Le preocupa su hijo en alguna de las siguientes áreas?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	HABILIDADES MOTORAS (caminar, dibujar)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	HABILIDADES ADAPTATIVAS (alimentarse y vestirse a sí mismo)
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	SOCIAL – EMOCIONAL (comportamiento, habilidades sociales)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	APRENDIZAJE TEMPRANO (participar en el juego, conceptos tempranos)
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	COMUNICACIONES (inteligibilidad del habla, comprensión del lenguaje)			

-- Inventario del desarrollo --

Pensando en las habilidades que su hijo demuestra consistentemente, ¿él o ella:

Habilidades motoras

¿Su hijo:	Sí	Todavía no	N/A
Utilice crayones y/o marcadores para dibujar o "escribir"			
Use tijeras para cortar un pedazo de papel			
Use una mano para la mayoría de las actividades			
Corre, camina y salta			
Lanzar y patear una pelota; tratar de coger una pelota con ambas manos			

Social-Emocional

¿Su hijo:	Sí	Todavía no	N/A
Mostrar una conciencia de sentimiento, su propia y la de los demás			
Quiere independencia, pero ambos necesitan la seguridad de los padres			
Le gusta jugar con otros niños de edad similar			
Expresar verbalmente lo que quiere o necesita			
Muestre empatía hacia adultos y amigos familiares			

Comunicación

¿Su hijo:	Sí	Todavía no	N/A
Escuchar y recuerda detalles de historias simples			
Comprender las instrucciones simples de 1-2 pasos			
Ponga 3-5 palabras juntas para hablar en frases cortas ("quiere más leche")			
Hace muchas preguntas			
Hable con claridad para que la mayoría de los miembros de la familia y amigos lo entiendan			

Habilidades adaptativas

¿Su hijo:	Sí	Todavía no	N/A
Alimentarse a sí mismo usando un tenedor y/o cuchara			
Lávese y seque sus propias manos			
Ayuda para vestirse y desvestirse			
Beber de una taza			
Puertas abiertas y armarios			

Aprendizaje temprano

¿Su hijo:	Sí	Todavía no	N/A
Disfruta mirando libros con un adulto o de forma independiente			
Juega con los juguetes de la manera esperada (conducir y chocar coches, cuidar de una muñeca)			
Nombre y coincidencia los colores			
Canta junto con canciones familiares			
Pide ayuda con actividades difíciles			

Sus preocupaciones específicas:

¿Cuándo notó por primera vez preocupaciones en esta área?

¿Ha buscado servicios privados a través del médico de su hijo?

Proveedor anterior o actual de cuidado en el hogar o en el preescolar

Nombre de guardería o Preescolar:

Asistencia mes/año:

Dirección:

Ciudad/Estado/ZIP:

Número de teléfono: ()

Días/Horas:

Doy permiso a PSD de contactar para más información

Su hijo:

Describe la personalidad de su hijo:

¿Comparte las actividades favoritas de su hijo?

¿Tiene su hijo la oportunidad de jugar con otros niños?

Sí

No

Explicar (el parque, con sus primos, etc.):

Mi hijo asiste a una actividad de juego atractiva (no relacionada con la pantalla) para:

< 5 min

5-10 min

10-30 min

30+ min

¿Cuánto tiempo al día pasa su hijo viendo/usando pantallas? _____ horas _____ minutos ¿Le preocupa esto? Sí No

Comportamiento

N/A

Sí

No

¿Tienes problemas de comportamiento en casa?

¿Su proveedor de cuidado infantil tiene problemas de conducta en el cuidado de niños?

¿Alguien más (familia o amigo) ha expresado preocupación por el comportamiento de su hijo?

¿Alguna vez se le ha pedido a su hijo que abandone su espacio de cuidado infantil debido a su comportamiento?

¿Algo más que quiera que sepamos de su hijo?

¿Qué espera que aprenda su hijo del Programa de Educación Temprana del PSD?