

ESCUELAS DEL CONDADO DE NEWTON

KINDER Y PRE-KINDERGARTEN CUESTIONARIO PARA PADRES (Llene SOLAMENTE si está registrando un estudiante de pre-kinder o kinder para el año 2010-2011 escuela). Esta forma SOLO DEBE DE ESTAR LLENADO UNA VEZ - AL PRINCIPIO DE PRE-KINDER O AL COMIENZO DE KINDER (si el niño no asistió a Pre-K en el Sistema Escolar del Condado de Newton)

Nombre Completo del Niño _____ Edad ____ Masculino ___ Femenino ____

Dirección _____ Fecha de nacimiento _____

¿Cuál de los siguientes servicios que actualmente reciben? Marque todas las que se aplican.

_____ Medicaid _____ TANF _____ Cupones de Alimentos _____ SSI _____ PeachCare _____ CAPS

¿Ha solicitado pre-kinder en otro sitio? _____ Si es así, donde? _____

¿Tiene la tutela o la custodia del niño que se está registrando para pre-kinder? _____

Si es así, ¿cómo es el niño en relación con usted? _____

¿Su hijo se ha vacunado en el Departamento de Salud del Condado de Newton? _____

Si no, ¿de dónde sacas las vacunas de su niño? _____

¿Había problema durante el embarazo o el parto? _____

Al nacer el niño fue _____ a término _____ prematuro(s) Peso de nacimiento ____ libras ____ oz

Comportamiento y Interacción de la Familia

¿Cómo está disciplinado el niño? _____ ¿Por qué es él / ella disciplinado? _____

¿Existen problemas de la familia que puedan afectar el éxito escolar de su hijo? _____

¿Tiene alguna inquietud especial acerca de este niño? _____

¿Su niño ha asistido a la enseñanza preescolar? _____ Head Start? _____ Nursery? _____

¿Dónde? _____

Historia de Desarrollo

(Si, supongo que marque como tal),

Dar Edad:

¿Cuándo este niño: Se sentó _____ Gateo? _____ Camino? _____ Uso palabras? _____ Hablo en frases? _____ Comió solo? _____

Se vistió? _____ ¿Cuándo fue el niño destetado? _____ ¿El niño puede usar el baño solo? _____ ¿Cuándo el niño pudo usar el baño solo? _____

¿El niño puede hacer los siguientes? Marque una con una "X" en la mejor respuesta:

A menudo A veces Raramente

¿Habla mucho?

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Parece habla tan bien como otros niños de su misma edad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Habla para que pueda entender lo que dice? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Habla para que otros adultos pueden entender lo que dice? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Habla para que otros niños pueden entender lo que dice? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si el niño no habla, él o ella (marque uno):

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Puede hacer sonidos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Puede usar gestos para comunicarse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿Qué idioma(s) se habla con más frecuencia en el hogar ? _____

Información Médica

_____ Asma	_____ Problemas sinusitis	_____ Chupar el dedo	_____ Problemas del corazón
_____ Indigestión	_____ Sangrado de nariz	_____ Estreñimiento	_____ Morder la unas
_____ Mojar la cama	_____ Diarrea	_____ Epilepsia / convulsiones	_____ Alergias
_____ Vomitando	_____ Dolores de cabeza	_____ Siempre cansado	_____ Fiebres frecuentes
_____ Pesadillas	_____ Dificultad oír	_____ Dificultad ver	

_____ Otras problemas físicos (Explique): _____

Problemas de audición: _____

Problemas de visión: _____

Enfermedades de la infancia: _____

Hospitalización: _____

Lesiones graves: _____

Alergias: _____

Médico de familia: _____

(Nombre)

(Teléfono)

(Dirección)

¿Es este niño tomando medicación ahora? _____ No _____ Si (En caso afirmativo, describa) _____

ENTIENDO QUE DENTRO DE 30 DÍAS DE INSCRIPCIÓN, DEBO PRESENTAR EXAMENES DE SALUD DE MI HIJO (PRE-KINDERGARTEN ONLY).

FECHA DE FIRMA : _____ **FIRMA:** _____

ENTIENDO que esta solicitud no garantiza de que mi hijo tiene lugar en programa de pre-kindergarten.

FECHA DE FIRMA : _____ **FIRMA:** _____