

Cuestionario Preescolar de Child Find



MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Office of Special Education, Child Find
English Manor Center, 4511 Bestor Drive, Room 146, Rockville, Maryland 20853
Teléfono: 240-740-2170 • Admisión: 301-947-6080 • Fax 301-871-0957

Formulario 335-49 de MCPS
Enero 2019
Página 1 de 2

INSTRUCCIONES

Para ser elegible para pruebas preliminares, evaluaciones y servicios, el niño/a debe estar matriculado/a en Montgomery County Public Schools (MCPS) conforme a la **Política JEA del Consejo de Educación del Condado de Montgomery, Domicilio, Matrícula e Inscripción**, y se debe proveer evidencia de nacimiento del niño/a (es decir, partida de nacimiento, pasaporte/visa, certificado médico, certificado de bautismo o de la iglesia, certificado del hospital, declaración jurada de los padres o registro de nacimiento) y comprobante de domicilio, conforme al **Reglamento JEA-RB de MCPS, Inscripción de Estudiantes**, (factura actual de impuestos a la propiedad; contrato de alquiler actual (si el contrato tiene más de 1 año de vigencia, contrato de alquiler y una factura actual de servicios públicos tales como agua, electricidad, gas; o el **Formulario 335-74 de MCPS, Declaración de Vivienda Compartida**). Para un niño/a que no reside en el condado y que asiste a un programa preescolar en el Condado de Montgomery, el padre/madre/guardián debe proveer verificación por escrito de la inscripción emitida en papel membrete del programa preescolar.

Para completar el proceso preescolar para niños/as que serán elegibles para Kindergarten el año entrante, este cuestionario debe ser recibido por la oficina de Child Find antes del último lunes del mes de marzo del año en que su hijo/a será elegible para Kindergarten. Después de esa fecha, por favor contacte a su escuela elemental local para completar el proceso de evaluación.

INFORMACIÓN DEL ALUMNO/A

Debe coincidir con el certificado de nacimiento u otra evidencia de nacimiento

Apellido Legal: _____ Nombre Legal: _____ Segundo Nombre Legal: _____

Domicilio del Alumno/a: _____

¿Es elegible para Asistencia Médica? Sí No Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Género: Masculino Femenino

¿Nació el alumno/a fuera de los Estados Unidos? Sí No **Si la respuesta es Sí:** ¿Cuántos meses asistió el alumno/a a la escuela en los Estados Unidos? _____

Idioma/s que se habla/n en el hogar: _____

ADULTO/S RESPONSABLE/S DEL ALUMNO/A*

Nombre del adulto responsable del alumno/a que reside en el domicilio actual:

Relación/Parentesco: Madre Padre Guardián

Otro (Por favor, especifique) _____

Teléfono #1 ____-____-____ Teléfono #2 ____-____-____

*Identidad legal de la persona/s adulta/s responsable/s y comprobante de relación con el alumno/a verificada (por favor, especifique)

Nombre del adulto responsable del alumno/a que reside en el domicilio actual:

Relación/Parentesco: Madre Padre Guardián

Otro (Por favor, especifique) _____

Teléfono #1 ____-____-____ Teléfono #2 ____-____-____

*Identidad legal de la persona/s adulta/s responsable/s y comprobante de relación con el alumno/a verificada (por favor, especifique)

CUESTIONARIO PARA LOS PADRES

¿Qué inquietudes tiene con respecto a su hijo/a? _____

¿Alguna vez fue su hijo/a remitido/a al Programa de Bebés y Niños Pequeños (Infants and Toddlers Program) del Condado de Montgomery? Sí Mes ____ Año ____ No

¿Cómo fue referido/a usted a Child Find? Familia Volante Amigo/a Doctor/a Maestro/a Otro _____

¿Ha sido evaluado/a su hijo/a alguna vez? Sí (por favor adjunte los informes y complete la información que se solicita abajo) No

Fecha/s de evaluación: ____/____/____ ____/____/____ ____/____/____ Lugar de evaluación: _____

Razón: _____

El niño/a asiste a: Programa Preescolar PreK/Head Start en MCPS Guardería Infantil Cuidado Infantil en Domicilio Privado Hogar Otro _____

Nombre del programa preescolar/guardería infantil: _____

Dirección del programa preescolar/guardería infantil: _____

Si el programa preescolar/guardería infantil tiene inquietudes, por favor explique: _____

FOR OFFICE USE ONLY (SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA)

Date of Call: ____/____/____ MCPS ID# _____ Date Call Returned/Scheduled ____/____/____

By Whom _____ CA _____ Clinic Date ____/____/____

Location _____ Time _____

Home School _____ Cluster _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del Proveedor/a Certificado/a de Cuidados de la Salud: _____

¿Tuvo su hijo/a alguna dificultad antes durante después del nacimiento?

Si la respuesta es Sí, por favor explique: _____

Hospitalizaciones: enfermedad grave accidente/s cirugía/s

Por favor, explique: _____

Liste cualquier medicamento que su hijo/a tome regularmente (incluya la dosis): _____

Liste cualquier alergia: _____

¿Preocupaciones de audición? Por favor, explique: _____

¿Preocupaciones de visión? Por favor, explique: _____

Marque todas las áreas de preocupación/posible retraso

- no parece estar aprendiendo a un ritmo promedio
- retrasos para alcanzar hitos del desarrollo
- otro _____

HABLA/LENGUAJE

- comenzó a hablar a los _____ meses.
- Es difícil entenderle cuando habla**
- los padres le entienden el _____ %
- otras personas le entienden el _____ %
- tartamudeo/disfluencia
- a menudo necesita que se le repitan instrucciones/preguntas

Se comunica con

- gestos
- palabras sueltas
- frases
- oraciones
- otro _____

MOTRICIDAD

- se lleva por delante las cosas
- a menudo se tropieza y se cae
- siente temor en el parque de juegos
- reacciona de manera inusual cuando alguien lo/la toca
- reacciona de manera inusual al sonido
- reacciona de manera inusual a la luz
- problemas con tareas de papel/lápiz
- caminó a los _____
- otro _____

ATENCIÓN

- se distrae fácilmente
- breve capacidad de atención
- se precipita de una tarea a otra
- dificultades con los cambios de rutina
- otro _____

AUTOAYUDA

Retrasos significativos al

- comer
- vestirse
- practicando usar el baño
- otro _____

SOCIALIZACIÓN

- consistentemente muestra falta de interés en jugar/relacionarse con otros
- rara vez mira a la gente
- se altera en ambientes grupales
- se queda atascado/a en una idea, objeto o actividad y se altera si se le pide cambiar
- parece estar en su propio mundo
- otro _____

COMPORTAMIENTO

- rabietas
- no es capaz de aceptar límites
- se niega a acceder a pedidos
- es agresivo/a con los demás
- se frustra fácilmente
- otro _____

Información adicional

Este formulario se guardará en una carpeta confidencial y el acceso al informe/s será otorgado al personal de MCPS según sea necesario su conocimiento. Se mantendrá un registro que documente el nombre de cada persona y la razón de revisión. El padre/madre/guardián o guardianes y los estudiantes elegibles pueden solicitar/autorizar divulgación a otra agencia/profesional.

Firma del Padre/Madre/Guardián: _____ Fecha: ____/____/____