



Distrito Escolar Unificado de San Francisco
Servicios de Educación Especial
Unidad de Admisiones Preescolar
Tel. (415) 379-7693 Fax (415) 750-8576
750 25th Avenue
San Francisco, CA 94121

Estimados Padres de Familia / Custodios:

Los formularios en este paquete solicitan información que permitirá a los evaluadores profesionales de SFUSD conocer a su hijo(a), atender sus preocupaciones y determinar las necesidades de evaluación.

Por favor, complete y envíe estos formularios. Si usted tiene alguna pregunta acerca de estos formularios o si necesita ayuda para llenarlos, por favor llámenos al 379-7693.

Una vez recibidas sus formas, le responderemos dentro de 15 días calendario. Tenga en cuenta que los 15 días no aplican durante el verano y durante las vacaciones escolares superiores a 5 días.

También encontrará en este paquete algunas de las preguntas más frecuentes que explican el proceso de evaluación y un listado de los formularios.

Por favor entregue todos los formularios a:

Minoos Shah
Servicios de Educación Especial
Unidad de Admisiones Preescolar
750 25th Avenue
San Francisco, CA 94121

Atentamente,

A handwritten signature in black ink that reads "Minoos Shah".

Minoos Shah
Supervisora, Preescolar de Servicios de Educación Especial

Adjuntos

**Distrito Escolar Unificado de San Francisco
Servicios de Educación Especial
Unidad de Admisiones Preescolares
750 25th Avenue
San Francisco, CA 94121**

INFORMACIÓN RESPECTO A LA SOLICITUD DE EVALUACIÓN

Los siguientes puntos son necesarios para responder a su solicitud y programar una cita.

1. Una carta o formulario de solicitud firmados por usted, solicitando una evaluación
2. Dos pruebas de residencia (por ejemplo: cuentas de servicios públicos, teléfono u otras facturas, estados de cuenta del seguro, etc.)

Información adicional para ayudarnos a conocer mejor a su hijo. Por favor, envíe lo siguiente tan pronto como sea posible:

Formularios /Documentos	Propósito
Copia de uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none">• Certificado de nacimiento• Registro del hospital• Certificado de Bautismo• Pasaporte	Proporciona al distrito escolar la prueba de la fecha de nacimiento de su hijo
Consentimiento para revelar información confidencial	Proporciona al distrito escolar con el permiso de comunicarse con el médico de su hijo, su maestro, o con otros organismos sobre su hijo
Desarrollo y estudio de la Familia/Hogar	Proporciona al distrito escolar con importante información sobre el crecimiento y desarrollo de su hijo, y nos ayuda a verificar que estamos realizando las evaluaciones más adecuadas para su hijo
Copias de los archivos de la escuela (si su niño está o ha estado en un programa preescolar)	Proporciona al distrito escolar con la información sobre los programas que su hijo ha asistido
Copias de cualquier evaluación o informes de evaluación	Proporciona al distrito escolar con más información sobre su hijo, y nos ayuda a realizar las evaluaciones más apropiadas para su hijo



Cuestionario para padres y cuidadores

Fecha: _____ Completado por: _____

Fue asistido/asistida por alguna otra persona para completar este formulario?

Nombre y relación con el niño/niña: _____

Nombre completo del niño/niña: _____ Se le conoce por el nombre de: _____

Fecha de nacimiento del niño/niña: _____ Sexo del niño/niña: masculino femenino

Etnicidad del niño/niña: (lista de tantas según corresponda) _____

Razón por la cual ha sido referido/referida: _____

Cuidador #1

Padre/madre Guardián Abuelo/abuela Padres adoptivos

Nombre: _____

Dirección: _____

Dpto. # _____ Código postal _____

Es esta la residencia principal del niño/niña? si no

Mejor # para llamar: _____

Hogar celular trabajo

Numero de teléfono adicional: _____

Hogar celular trabajo

Quien posee los derechos para la educación del niño/niña?: _____

Encuesta sobre el idioma de la casa

Cuales son los idioma que los adultos usan mas frecuentemente en el hogar? _____

Cual es el idioma que usted usa mas frecuentemente para hablar con su niño/niña? _____

Cual es el primer idioma que su niño/niña aprendió cuando comenzó a hablar? _____

Cual es el idioma que su niño/niña usa mas frecuentemente en la casa? _____

Información preescolar / guardería (si es aplicable):

Nombre de la escuela: _____ Fecha de inicio: _____

Dirección: _____ Profesor/profesora: _____

Numero telefónico: _____ Días/horarios: _____

Previas escuelas/guarderías: _____

Información sobre el nacimiento/parto:

Termino del embarazo: _____ Peso al nacer: _____

Hubo complicaciones durante el embarazo: si (explique abajo por favor) no

Hubo complicaciones durante el parto: si (explique abajo por favor) no

Hubo complicaciones después del nacimiento: si (explique abajo por favor) no

Etapas Importantes: (Indique la edad del niño/niña o “todavía no”)

Habilidades motrices generales: Sentarse: _____ Gatear: _____ Caminar independientemente: _____

Habilidades motrices precisas: Manipular objetos pequeños: _____ Comer por si mismo/misma: _____

Sostener el biberón: _____

Comunicación: Primeras palabras: _____ Combinación de 2 o mas palabras: _____

Aprendizaje para usar el baño: Día: _____ Noche: _____

Información medica y de salud:

Hay algún antecedente de enfermedad, accidentes o hospitalización?

si (explique) no

Ha sido su niño/niña diagnosticado, con algún trastorno, retraso o condición especial?

si (explique) no

(Por favor use la parte posterior de este formulario si necesita mas espacio para escribir)

Cuando fue el ultimo examen físico de su niño/niña? _____

Quien es su medico de cabecera? _____

Teléfono # _____ Dirección: _____

Ha pasado su niño/niña el examen de audición para recién nacidos (Newborn Hearing Screening)? si no

Infecciones crónicas de oído: si no Han sido colocados los tubos para igualar la presión (PE tubes)? si no
Cuando?: _____

Fecha y lugar del mas reciente examen/prueba de audición: _____
Resultados: _____

Fecha y lugar del ultimo examen/prueba de visión: _____
Resultados: _____

Hay algún antecedente de:

Dieta especial/ restricciones alimenticias: si (explique) no _____

Problemas relacionados con la alimentación: si (explique) no _____

Costumbre de chuparse el dedo, uso de chupete, uso de biberón? si no Ha que edad el/ella dejo de hacer esto: _____

Alergias: si (explique) no

Asma: si (explique) no

Lesiones en la cabeza: si (explique) no _____

Pruebas genéticas: si (explique) no _____

Esta su niño/niña en este momento tomando alguna medicación?
 yes (liste por favor) no

Información adicional sobre la salud/preocupaciones: _____

(Por favor use la parte posterior de este formulario si necesita mas espacio para escribir)

Descripción de su niño/niña:

Cuando era un bebe su niño/niña era/es:
(marque todo lo que apliqué)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> muy activo | <input type="checkbox"/> muy tranquilo | <input type="checkbox"/> difícil de calmar |
| <input type="checkbox"/> fácil de calmar | <input type="checkbox"/> tenia cólico | <input type="checkbox"/> difícil de alimentar/amamantar |
| <input type="checkbox"/> tímido | <input type="checkbox"/> amistoso | <input type="checkbox"/> tranquilo |
| <input type="checkbox"/> problemático para dormir | | <input type="checkbox"/> lloraba mas que otros bebes |

Como un Nino preescolar mi niño/niña era/es
(marque todo lo que aplique)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> muy activo | <input type="checkbox"/> muy callado |
| <input type="checkbox"/> llora mucho | <input type="checkbox"/> amistoso |
| <input type="checkbox"/> tranquilo | <input type="checkbox"/> tímido |
| <input type="checkbox"/> interesado en otros niños | <input type="checkbox"/> problemático para dormir |
| <input type="checkbox"/> mira las imágenes de los libros | <input type="checkbox"/> no esta interesado en juguetes |
| <input type="checkbox"/> no se interesa en la gente u otros niños | <input type="checkbox"/> aprendió a hablar fácilmente |
| <input type="checkbox"/> aprender a hablar le fue o es difícil | |

Mi niño/niña muestra dificultades inusuales con:
(marque todo lo que aplique)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dialogo poco claro | <input type="checkbox"/> aprender a hablar |
| <input type="checkbox"/> seguimiento de instrucciones | <input type="checkbox"/> caminar |
| <input type="checkbox"/> expresión de ideas y necesidades | <input type="checkbox"/> sacudir la cabeza |
| <input type="checkbox"/> saltar/brincar | <input type="checkbox"/> vestirse por si mismo |
| <input type="checkbox"/> andar en bicicleta/triciclo | <input type="checkbox"/> miedos extremos |
| <input type="checkbox"/> golpear las manos | <input type="checkbox"/> alimentarse a si mismo |
| <input type="checkbox"/> separación de los padres | <input type="checkbox"/> tirar/agarrar una pelota |
| <input type="checkbox"/> interacción con sus compañeros | <input type="checkbox"/> disgusto por ruidos |
| <input type="checkbox"/> rabietas excesivas | <input type="checkbox"/> estar en su propio mundo |
| <input type="checkbox"/> sostener lápices/marcadores/bolígrafos | <input type="checkbox"/> interesado en juguetes particulares |
| <input type="checkbox"/> ira por cambio de rutinas | <input type="checkbox"/> comportamientos repetitivos |
| <input type="checkbox"/> movimientos corporales inusuales | |

Los puntos fuertes de mi Ni niño/niña son: _____

Los juguetes, intereses y actividades favoritas de mi niño/niña son: _____

Por cuanto tiempo su niño/niña se mantiene prestando atención a sus actividades favoritas? _____

(Por favor use la parte posterior de este formulario si necesita mas espacio para escribir)

Describe las rutinas diarias de su niño/niña (a la hora de comer, dormir, jugar, etc.)_____

Cosas que me preocupan sobre mi niño/niña: _____

Hay algún antecedente familiar de dificultades para aprender, problemas de salud mental o retrasos de desarrollo?

si (explique) no

Si su niño/niña atiende un establecimiento preescolar, hay algo que preocupe al profesor/profesora?

si (explique) no

Esta su niño/niña recibiendo o ha recibido alguna terapia o intervención de los servicios indicados entre paréntesis?
(OT, PT, SLP, ABA, Comportamiento, etc.)

*Tipo:_____ Proveedor:_____ Fecha de Servicio:_____

* Tipo:_____ Proveedor:_____ Fecha de Servicio:_____

* Tipo:_____ Proveedor:_____ Fecha de Servicio:_____

* Tipo:_____ Proveedor:_____ Fecha de Servicio:_____

Por favor provea copias corrientes de los reportes de progreso y de las evaluaciones de los servicios de terapia de su niño/niña

Hay alguna otra cosa que a usted le gustaría que supiésemos sobre su niño/niña?_____

(Por favor use la parte posterior de este formulario si necesita mas espacio para escribir)

Gracias por ayudarnos a entender mejor a su niño/niña!