



CARY COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT

2115 Crystal Lake Rd • Cary, Illinois 60013 • 847-639-7788 • Fax 847-639-3898

Briargate • Deer Path • Maplewood • Three Oaks • Prairie Hill • Cary Junior High

Estimados Padres de Familia:

El Personal Docente del Distrito 26 les da la bienvenida.
En cumplimiento con el Reglamento del Código Escolar, les pedimos que llenen el
Cuestionario del Censo para Preescolar.

Censo y pruebas para Preescolar.

Es responsabilidad de todos los distritos escolares el tratar de detectar los posibles problemas de aprendizaje en personas de 0 a 21 años de edad, y que tal vez requieran servicios de educación especial.

El Distrito 26 cumple con esta disposición así:

Primero .- los Padres deben llenar el cuestionario del Censo de Preescolar.

Segundo .- el Personal Docente del Distrito 26 analiza el cuestionario y determina si el niño necesita otras pruebas. Las pruebas consisten en varias actividades para observar el nivel de desarrollo del niño. Si su hijo necesita estas pruebas, le llamarán para hacer una Cita.

Distrito Escolar #26 de Cary
QUESTIONARIO PARA CENSOS PRE-ESCOLARES

Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____ Sexo: M ____ F ____ Mes ____ Dia ____ Año ____
 Fecha _____
 Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____
 Calle _____ Ciudad _____ Subdivisión _____

Teléfono _____ Lugar _____
 Ciudad _____ País _____ Estado _____

Padre _____ Madre _____

Ocupación _____ Ocupación _____

Teléfono del trabajo _____ Teléfono del trabajo _____

HERMANOS:

Nombre _____ Edad _____ Nombre _____ Edad _____

Nombre _____ Edad _____ Nombre _____ Edad _____

Doctor Familiar _____ Teléfono _____

Idioma en casa _____ Otro _____

¿Qué mano usa el niño para comer? _____ Derecha _____ Izquierda _____

¿Estuvo su niño en Pre-escolar? _____ ¿En dónde? _____

¿Estará en Pre-escolar en Septiembre? _____ ¿En dónde? _____

¿Le han hecho a su niño pruebas en el Distrito 26? _____ ¿Cuándo? _____

¿Es este niño adoptivo? _____ ¿Cuándo lo adoptó? _____

Haga una marca ✓ junto a las cosas que su niño hace frecuentemente:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> berrinche | <input type="checkbox"/> no quiere hacer lo que le dicen |
| <input type="checkbox"/> caprichoso | <input type="checkbox"/> le gusta estar solo |
| <input type="checkbox"/> muy activo | <input type="checkbox"/> ¿empuja y golpea a otros niños frecuentemente)? |
| <input type="checkbox"/> se distrae fácilmente | <input type="checkbox"/> ¿le cuesta trabajo adaptarse a situaciones nuevas? |
| <input type="checkbox"/> tiene miedo a: _____ | <input type="checkbox"/> ¿No le gusta estar sin su mamá? |
| <input type="checkbox"/> moja la cama? | <input type="checkbox"/> ¿Tiene problemas para dormir? |

INFORMACIÓN DE BEBÉ:

| | Si | No | Especificar |
|--|----|----|-------------|
| 1. ¿Cuánto pesó? _____ Kg. _____ lbs. _____ ozs. | | | |
| 2. ¿Fue prematuro? | | | |
| 3. ¿Tuvo Ud. alguna enfermedad cuando estaba embarazada de él? | | | ¿Cuál? |
| 4. ¿Tomó alguna medicina cuando estaba embarazada? | | | ¿Cuál? |
| 5. ¿Cuántas horas duró en trabajo de parto? | | | ¿Horas? |

| | Si | No | Especificar |
|--|----|----|-------------|
| 6. ¿Hubo complicaciones cuándo nació su bebé? ¿Después? ¿Estuvo Ud. Bien? ¿Y el bebé | | | |
| 7. ¿Ha necesitado llevar al niño al Doctor o al Dentista por alguna cosa seria? ¿Ha estado el niño en el Hospital? ¿Por qué? caídas, quemaduras, accidentes, medicamentos. (Subraye cuáles) | | | |
| 8. ¿Está su niño tomando medicamento o tiene alguna enfermedad crónica? | | | ¿Cuál? |
| 9. ¿Tuvo dificultad su niño para gatear, sentarse, caminar o hablar? ¿Alguna de estas cosas las hizo más tarde que otros bebés? | | | ¿Cuál? |
| 10. ¿Era su niño muy enojón, cuando era bebé? Es muy irritable ahora? | | | |
| 11. ¿Aprendió a ir al baño sin problemas? a qué edad? _____ años _____ meses | | | |
| 12. ¿Ha tenido su niño algún problema en sus ojos? | | | |
| 13. ¿Se frota los ojos, lagrimeo, se ponen rojos, parpadea mucho? (Subraye cuáles) | | | ¿Cuál? |
| 14. ¿Ha habido en su familia enfermedades de los ojos como; glaucoma, necesidad de anteojos | | | ¿Cuál? |
| 15. ¿Ha tenido su niño frecuentemente infección de oído? ¿Cada cuándo? _____ semana _____ mes _____ año | | | |
| 16. ¿Responde cuando le hablan? ¿Se asusta con ruidos fuertes? ¿Tiene mucha cerilla? ¿Le sale líquido del oído? ¿Se toca los oídos, se queja de dolor o comezón? | | | |
| 17. ¿Alguna persona en su familia tiene sordera o usa aparato para oír? | | | ¿Quién |
| 18. ¿Piensa Ud. que su niño habla menos que otros niños de su edad? | | | |
| 19. ¿Es difícil entender lo que dice en casa? | | | |
| 20. ¿Es difícil para otras personas que no son de la familia, entender lo que dice? | | | |
| 21. ¿Ha notado que no pueda pronunciar algunas letras o sonidos? | | | |

| | Si | No | Especificar |
|---|----|----|---------------|
| 22. ¿Le cuesta trabajo expresar ideas, como que no encuentra las palabras necesarias? | | | |
| 23. ¿Cree que podría entender y hacer algo como: limpie la nariz y párate"? | | | |
| 24. ¿Sabe bien cuando usar estas palabras correctamente? yo y a mi, tú y a tí, él y a él, etc.? | | | |
| 25. ¿Cuando le hablan, responde solo? ¿O usa oraciones completas? (Subraye la respuesta) | | | |
| 26. ¿Se enoja cuando no entienden lo que dice? | | | De un ejemplo |
| 27. ¿Cuando habla, puede expresar lo que quiere? Tartamudea? | | | |
| 28. ¿Le molesta mucho que le laven la cara o el pelo? | | | |
| 29. ¿Puede masticar y pasarse la comida? | | | |
| 30. ¿Se ensucia mucho cuando come? | | | |
| 31. ¿Parece distraído y choca con todas las cosas y se cae con frecuencia? | | | |
| 32. ¿Parece ser muy débil o muy fuerte más que otros niños? | | | Subraye cuál? |
| 33. ¿Su familia está pasando por momentos difíciles como divorcio, separación, enfermedad muerte de algun familiar (recientemente)? | | | Subraye cuál? |
| 34. ¿Hay algun niño de su familia que esté recibiendo educación especial o que tenga dificultades en la escuela? | | | Subraye cuál? |
| 35. ¿Está su niño en Pre-escolar? ¿Tiene algún problema en la escuela? | | | ¿Cuál? |

¿Hay alguna cosa que a Ud. le preocupe acerca de su niño? ¿Cuál?

Firma

Fecha

GRACIAS