

CARY DISTRICT 26 USE ONLY

KGSC <input type="checkbox"/>	Currently enrolled:	Home School: BG DP TO
Forms received/attached:	Birth certificate <input type="checkbox"/> Physical <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/>	Proof of residency <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> P

Distrito Escolar #26 de Cary

QUESTIONARIO PARA INCRIPCIÓN DE KINDERGARDEN

Sexo: M _____ F _____ Mes Día Año

Nombre Legal _____ Segundo Nombre _____ Apellido Legal _____

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 ni_os frecuentemente)? |
| <input type="checkbox"/> se distrae facilmente | <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. ¿Ha tenido su niño algún problema en sus ojos?			
12. ¿Se frota los ojos, lagrimeo, se ponen rojos, parpadea mucho? (Subraye cuáles)			¿Cuál?
13. ¿Ha habido en su familia enfermedades de los ojos como; glaucoma, necesidad de anteojos			¿Cuál?
14. ¿Ha tenido su niño frecuentemente infección de oído? ¿Cada cuándo? _____ semana _____ mes _____ año			
15. ¿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?			
16. ¿Alguna persona en su familia tiene sordera o usa aparato para oír?			¿Quién
17. ¿Piensa Ud. que su niño habla menos que otros niños de su edad?			
18. ¿Es difícil entender lo que dice en casa?			
19. ¿Es difícil para otras personas que no son de la familia, entender lo que dice?			
20. ¿Ha notado que no pueda pronunciar algunas letras o sonidos?			

	Si	No	Especificar
21. ¿Le cuesta trabajo expresar ideas, como que no encuentra las palabras necesarias?			
22. ¿Cree que podría entender y hacer algo como: "limpiate la nariz y párate"?			
23. ¿Sabe bien cuando usar estas palabras correctamente? Yo y a mi, tú y a tí, él y a él, etc.?			
24. ¿Cuando le hablan, responde solo? ¿O usa oraciones completas? (Subraye la respuesta)			
25. ¿Se enoja cuando no entienden lo que dice?			De un ejemplo:
26. ¿Cuando habla, puede expresar lo que quiere? Tartamudea?			
27. ¿Le molesta mucho que le laven la cara o el pelo?			
28. ¿Puede masticar y pasarse la comida?			
29. ¿Parece ser muy débil o muy fuerte más que otros niños?			Subraye cuál?
30. ¿Sabe su niño recortar? ¿Puede cortar siguiendo la línea?			
31. ¿No le gusta dibujar ni colorear?			
32. ¿Sabe coger el lápiz y crayones para escribir y pintar?			
33. ¿Cuando colorea se sale de las líneas?			
34. ¿Le cuesta mucho trabajo escribir su nombre?			
35. ¿Conoce las letras? ¿Conoce los números?			
36. ¿Puede el niño trabajar solo, puede planear, organizar y juzgar algo que hare?			
37. ¿Tiene su niño interés en platicar con niños más grandes que él y con adultos?			
38. ¿Tiene buena memoria?			
39. ¿Puede hacer lo que se le dice aún cuando le pida cosas que necesita hacer en orden 4 cosas, una después de otra?			
40. ¿Puede contar hasta veinte cosas o más?			

	Si	No	Especificar
41. ¿Cuando dibuja, se entiende lo que él quiso dibujar? ¿Usa mucho detalle?			
42. ¿Cuando uo puede hacer algo, busca otra manera de hacerlo?			
43. ¿Se puede concentrar en una actividad por 25 minutos?			
44. ¿Puede leer?			
45. ¿Aprende rápido los juegos nuevos?			
46. ¿Su familia está pasando por momentos difíciles como divorcio, separación, enfermedad muerte de algun familiar (recientemente)?			Subraye cuál?
47. ¿Hay algun niño de su familia que esté recibiendo educación especial o que tenga dificultades en la escuela?			Subraye cuál?
48. ¿Hay algún problema que le preocupe acerca de cómo su niño aprende o se está desarrollando?			
49. ¿Está su niño en Pre-escolar? ¿Tiene algún problema en la escuela?			¿Cuál?

¿Hay alguna característica especial de su niño que su maestra pueda usar para enseñarle mejor?

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

Firma

Fecha

GRACIAS