

	Early Learning Services 1500 Highway 36 West Roseville, MN 55113-4266	FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA LA EVALUACIÓN DE EDAD TEMPRANA	ED-02390-06 (sólo para el año escolar 2012-2013)
--	---	--	---

INFORMACIÓN E INSTRUCCIONES GENERALES: El lado anterior (página uno) de este formulario de inscripción debe ser completado por el **padre/guardián** del niño. El dorso (página dos) debe ser completado sólo por el personal del distrito escolar. ***Favor de escribir la información en letra de molde.***

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO		
Nombre legal del niño (primero, segundo, apellido)		
Apodo u otro nombre del niño (primero, segundo, apellido)		
Fecha de nacimiento del niño	Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Raza/Grupo étnico (marque SÓLO una casilla) ☐ 1 - Indio Americano ☐ 3 - Hispano ☐ 5 - Blanco, no de origen hispano ☐ 2 - Asiático o Indígena de las Islas de Pacífico ☐ 4 - Negro, no de origen hispano		
Se requiere categorías adicionales de raza/grupo étnico. Marque la casilla SÍ o NO en la Parte A siguiente. Puede marcar más de una casilla en la Parte B. 2012 -2013. *Parte A – ¿Es el menor Hispano/Latino? (elija sólo una opción) ☐ NO, no es Hispano/Latino ☐ SÍ, Hispano/Latino *Parte B – ¿Cuál es la raza del menor? ☐ Indio Americano/Indígena de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afroamericano ☐ Indígena de Hawai/Indígena de las Islas de Pacífico ☐ Blanco		

INFORMACIÓN DE PRIMER Y SEGUNDO IDIOMA		
¿Qué idioma aprendió su hijo primero?	☐ Inglés	☐ Otro (especifique): _____
¿Qué idioma se habla con mayor frecuencia en su casa?	☐ Inglés	☐ Otro (especifique): _____
¿Qué idioma habla su hijo regularmente?	☐ Inglés	☐ Otro (especifique): _____

INFORMACIÓN DE EVALUACIONES MÉDICAS Y DE DESARROLLO ANTERIORES
¿Ha recibido su hijo una evaluación médica y de desarrollo completa para niños de edad preescolar (3 a 5 años de edad)? ☐ Sí ☐ No En caso de Sí, fecha de la evaluación: _____ Sitio: _____ ¿Ha sido evaluado su hijo alguna vez para educación especial o ha recibido alguna vez servicios de educación especial a través de un Plan de Educación Individual (IEP, por sus siglas en inglés), Plan de Servicios Individuales para Familias (IFSP, por sus siglas en inglés) o Plan Individual de Intervención Interagencial (IIIP, por sus siglas en inglés)? ☐ Sí ☐ No

VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN POR EL PADRE/GUARDIÁN
Por el presente verifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender. _____ _____ Firma - Padre/Guardián legal Fecha

LA PÁGINA DOS DEBE SER COMPLETADA SÓLO POR EL PERSONAL DEL DISTRITO ESCOLAR
(PAGE TWO TO BE COMPLETED BY SCHOOL DISTRICT PERSONNEL ONLY)

CONSENTIMIENTO PARA RECOPIRAR, USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN EVALUACIÓN DE SALUD Y DESARROLLO INFANTIL

(INFORMATION COLLECTION, USE, AND RELEASE CONSENT CHILD HEALTH & DEVELOPMENTAL SCREENING – Spanish)

Nombre del niño	Fecha de nacimiento	(For office use) Child's Record No. _____
Nombre del padre/la madre		

(esta organización) usa información de esta Evaluación de Salud y Desarrollo Infantil para identificar cualquier posible problema que pueda interferir con la salud, el crecimiento, el desarrollo o el aprendizaje de su hijo. Según las leyes de Minnesota, los resultados de las evaluaciones se clasifican como información privada. Los resultados no pueden divulgarse ni discutirse con ninguna persona sin el consentimiento suyo. Que usted se niegue a divulgar esta información no afectará la elegibilidad de su hijo para recibir asistencia médica ni ningún otro programa de salud, educación o servicio social.

La información puede usarse para los siguientes propósitos:

1. Para obtener servicios de seguimiento para su hijo después de la evaluación.
2. Para hacer arreglos para más evaluaciones o controles de la salud, el crecimiento, el desarrollo o el aprendizaje de su hijo.
3. Para satisfacer los requisitos para inscribirse en la escuela pública.
4. Para evaluar programas de evaluación del Departamento de Salud de Minnesota, el Departamento de Educación de Minnesota y/o el Departamento de Servicios Humanos. El nombre de su hijo no se indicará en ningún resultado de evaluación.

Su firma indica que usted ha leído y comprendido y que está de acuerdo en que se use la información según se indicó arriba.

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Por la presente autorizo la divulgación de la información de evaluación de mi hijo a los siguientes programas o servicios indicados para propósitos de evaluación, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y/o programación. (Sírvase dar los nombres y las direcciones que estén disponibles.)

Marque (✓) cualquier persona/agencia que usted desee que reciba información de evaluación sobre su hijo.

☐	Proveedor de cuidado infantil (guardería)
☐	Dentista (Nombre)
☐	Programa Early Childhood Family Education (ECFE)
☐	Programa Early Childhood Special Education
☐	Programa Follow Along
☐	Programa Head Start (Nombre)
☐	Proveedor de cuidado médico
☐	Comité interagencial de intervención temprana (Interagency Early Intervention Committee - IEIC)
☐	Agencia de salud mental
☐	Otro
☐	Agencia de salud pública/Programa WIC
☐	Distrito escolar
☐	Programa School Readiness
☐	Otro (programas regionales específicos)

☐ Comprendo la información

☐ Autorizo que se divulgue la información

Firma del padre/madre/tutor	Fecha	Relación con el menor
-----------------------------	-------	-----------------------



HISTORIAL DE SALUD Y DESARROLLO DEL NIÑO (DE 3 A 6 AÑOS DE EDAD)

Nombre del niño: _____ ☐ M ☐ F Fecha de nacimiento: _____ Edad _____

(For office use only)

MARSS other ID: _____ Idiomas que se hablan en el hogar: _____

Nombre(s) del padre o tutor: _____

Persona que llena el formulario: _____ Fecha: _____

¿Con qué frecuencia visita su hijo a un médico o enfermera? _____

Fecha de la última visita de bienestar del niño: _____

¿Con qué frecuencia visita su hijo a un dentista? _____ Fecha del último examen dental: _____

Fecha del examen completo de la vista (ojos) más reciente de su hijo, si ha recibido uno: _____

El examen completo de la vista lo realiza un optómetra o un oftalmólogo.

¿Tiene su hijo seguro de salud? ☐ Sí ☐ No ☐ Solicitó

Marque las casillas que usted o su hijo usan, si corresponde:

☐ Educación de Niñez Temprana de la Familia

☐ Chequeos para Niños y Adolescentes

☐ Guardería de niños

☐ Educación Especial de Niñez Temprana

☐ Pre-kindergarten en la escuela

☐ Cuidado por la familia o vecino

☐ Programa Follow Along

☐ Pre-escuela privada

☐ Biblioteca

☐ Educación de los Padres

☐ Head Start

☐ WIC

☐ Programas de Parques y Recreación

☐ Cuidado de padres sustitutos

☐ Despensa o banco de alimentos

SALUD

Marque todas las preocupaciones que aplican a su hijo y describa:

- ☐ Alergias: ☐ alimentos ☐ medicamentos ☐ animales/insectos ☐ polvo/moho ☐ de temporada
- ☐ Toma medicamentos, hierbas y/o vitaminas: _____
- ☐ Visitas a especialistas de salud, estadías en el hospital y/o cirugías: _____
- ☐ Lesiones y enfermedades graves, visitas a la Sala de Emergencia. Motivo y fecha: _____
- ☐ Lesiones en la cabeza (¿pérdida del conocimiento?) _____
- ☐ Envenenamiento por plomo, nivel si se conoce: _____
- ☐ Dificultad para respirar, tos o asma: _____
- ☐ Problemas o erupciones de la piel: _____
- ☐ Ataques súbitos o convulsiones, o episodios de mirada fija: _____
- ☐ Problemas de la vista o usa anteojos: _____
- ☐ Tubos de ecualización de presión (PE) o problemas de audición: _____
- ☐ Dientes: una o más caries: _____
- ☐ Alimentación, problemas gástricos o estreñimiento: _____
- ☐ Preocupaciones respecto a salud mental, tales como ansiedad, depresión o problemas de atención? _____
- ☐ Adoptado, si la respuesta es sí, a qué edad: _____
- ☐ ¿Problemas durante el embarazo o el parto? _____
- ☐ Nació tres semanas más tarde o más temprano _____ No. de semanas al nacer.
Peso del niño al nacer: _____
- ☐ Después de nacer, se quedó en el hospital más tiempo que la madre, razón: _____
- ☐ ¿Es posible que antes de saber que estaba embarazada usted usó medicamentos, alcohol, cigarrillos o drogas callejeras? _____
- ☐ Indique cualquier otra preocupación: _____
- _____

Indique cualquier problema de salud de la familia (los padres o hermanos del niño):

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Problemas de atención | ☐ Problemas de la vista | ☐ Diabetes |
| ☐ Alergia | ☐ Problemas de aprendizaje | ☐ Problemas de crecimiento |
| ☐ Asma | ☐ Trastornos de salud mental | ☐ Epilepsia/convulsiones |
| ☐ Sordera/problemas de audición | ☐ Anemia falciforme o rasgo | ☐ Otros problemas de salud |

RUTINA DIARIA DEL NIÑO

- ☐ Se acuesta a dormir a las _____ p.m. Se despierta a las _____ a.m.
- ☐ Hace ejercicios durante 60 minutos o más al día
- ☐ Tiene dificultad para dormirse o mantenerse dormido
- ☐ NO puede hacer o NO hace ejercicios durante 60 minutos al día
- ☐ Toma una siesta: de _____ a _____
- ☐ Tiempo que pasa mirando la TV o en juegos de video: __horas al día

Cada día come algunos alimentos de los grupos de alimentos:

- ☐ 5 a 9 porciones de frutas y verduras: naranjas, manzanas, bananas, mangos, bayas y fresas, espinaca, maíz, chícharos
- ☐ 3 porciones de alimentos con alto contenido de calcio: leche, queso, yogur, leche de soya, tofu
- ☐ 2 o 3 porciones de alimentos con alto contenido de hierro: pescado, aves, carne, frijoles, legumbres y huevos
- ☐ 3 o más porciones de granos integrales: pan integral, cereales, arroz integral, tortillas, galletas o pasta
- ☐ Más de una porción de dulces, jugos de frutas o comida sin valor nutritivo cada día

En los últimos 12 meses, nos preocupamos de que se nos acabara la comida antes de que pudiéramos comprar más ☐ sí ☐ no

En los últimos 12 meses, la comida que compramos se nos acabó y no teníamos dinero para comprar más ☐ sí ☐ no

SEGURIDAD EN EL HOGAR

Situación actual respecto a la vivienda:

- ☐ alquilamos o dueños de casa ☐ vivimos con amigos o familiares ☐ hotel o motel
☐ albergue de emergencia/vivienda de transición

¿Vive o juega su hijo en una casa o edificio construido antes de: ☐ 1978 ☐ remodelado en los últimos 5 años?

Alguien en la casa o que cuida a su hijo: ☐ usa tabaco o fuma ☐ usa alcohol ☐ tiene un arma de fuego

Le preocupa que su hijo esté expuesto a: ☐ violencia ☐ drogas callejeras ☐ condiciones inseguras

Usa o tiene usted y/o su hijo lo siguiente:

- ☐ asientos de auto ☐ cascos de bicicletas ☐ detector de humo ☐ detector de monóxido de carbón

APRENDIZAJE

- ☐ Mi hijo aprendió a hacer las cosas a la misma edad que otros niños (sentarse, pararse, caminar, usar el inodoro, etc.)

Si no, explique: _____

Mi hijo necesita ayuda con: ☐ usar el inodoro ☐ actividad/movilidad ☐ vestirse ☐ nutrición/comer

Otro: _____

Marque cualquiera de los siguientes:

- | | |
|---|--|
| ☐ Dice los números del 1 al 10 | ☐ Entiende a otras personas |
| ☐ Tiene dificultad para hablar o es difícil entenderlo | ☐ Puede seguir instrucciones |
| ☐ Tiene dificultad para que otros lo entiendan | ☐ Juega de diversas maneras |
| ☐ Parece torpe al usar las manos | ☐ Camina o corre con torpeza (se cae) |