



## Paquete de Inscripción 3-5

220 N. Grant Avenue, Fort Collins, CO 80521  
Teléfono: (970) 490-3204 Fax: (970) 490-3134  
Correo electrónico: psdece@psdschools.org bit.ly/PSDpreschool

### Información de Contacto de Emergencia

<b>Nombre del niño:</b> _____ <b>Apellido:</b> _____	<b>Fecha de nacimiento del niño:</b> _____
--	--

Nombre de contacto de emergencia (que no sea el padre/madre):  
Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firmar el registro al salir     Permiso para recoger al niño     Esta persona tiene 16 años o más y una identificación válida

Nombre de contacto de emergencia (que no sea el padre/madre):  
Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firmar el registro al salir     Permiso para recoger al niño     Esta persona tiene 16 años o más y una identificación válida

Nombre de contacto de emergencia (que no sea el padre/madre):  
Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firmar el registro al salir     Permiso para recoger al niño     Esta persona tiene 16 años o más y una identificación válida

Nombre de contacto de emergencia (que no sea el padre/madre):  
Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firmar el registro al salir     Permiso para recoger al niño     Esta persona tiene 16 años o más y una identificación válida

Nombre de contacto de emergencia (que no sea el padre/madre):  
Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Firmar el registro al salir     Permiso para recoger al niño     Esta persona tiene 16 años o más y una identificación válida

Nombre de contacto de emergencia (que no sea el padre/madre):  
Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

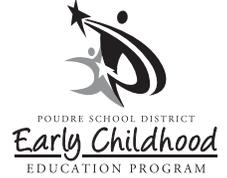
Firmar el registro al salir     Permiso para recoger al niño     Esta persona tiene 16 años o más y una identificación válida

# Formulario de Idioma en el Hogar

## Programa de Educación Temprana del Distrito Escolar de Poudre

Centro de Aprendizaje Fullana  
220 N. Grant Avenue, Fort Collins, CO 80521  
Teléfono: (970) 490-3204 Fax: (970) 490-3134

Correo electrónico: [psdece@psdschools.org](mailto:psdece@psdschools.org) [bit.ly/PSDpreschool](http://bit.ly/PSDpreschool)



Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha en que el estudiante ingresó a Colorado: \_\_\_\_\_ Fecha en que el estudiante ingresó a los EE. UU. (si corresponde): \_\_\_\_\_

### Encuesta del idioma en el hogar

Cuál fue el primer idioma que aprendió su hijo(a)? \_\_\_\_\_

Qué idioma habla usted con mayor frecuencia con su hijo(a)? \_\_\_\_\_

Qué idioma habla su hijo(a) con mayor frecuencia con usted? \_\_\_\_\_

Cuál es la idioma que se habla con mayor frecuencia en el hogar de su hijo(a), independientemente del idioma que hable el niño(a)? \_\_\_\_\_

Qué idioma(s), aparte del inglés, entiende su hijo(a)? \_\_\_\_\_

Enumere cualquier otro idioma que se hable en el hogar y que no se haya mencionado anteriormente:

### Historial educativo

Por favor, complete el siguiente historial educativo de la manera más precisa posible.

Grado y fecha(s):	Nombre de la escuela:	Ubicación de la escuela:	Idioma de instrucción:

## Condiciones de Salud

Estudiante Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Proveedor de Servicios de Salud/Clínica \_\_\_\_\_ Fecha de último examen: \_\_\_\_\_

Médica: Dentista/ Clínica Dental: \_\_\_\_\_ Fecha de último examen: \_\_\_\_\_

Su hijo/a actualmente recibe WIC? SI No

### Seguro Médico:

Medicaid/HealthFirst  Colorado Health PlanPlus (CHP+)  Ninguno  Otro \_\_\_\_\_

### Hospital de Preferencia:

Poudre Valley Hospital  McKee Medical Center  Medical Center of the Rockies  Banner Health

### Condiciones de Salud:

Respuesta		Condición de Salud	Respuesta		Condición de Salud
SI	NO	Alergias – Medio Ambiente, Animales	SI	NO	Problemas del Oídos ¿usa aparato auditivo? SI NO
SI	NO	Alergias – Comida	SI	NO	Cardiacos
SI	NO	Alergia - Insectos	SI	NO	Riñones / Urinarios
SI	NO	Alergia - Medicamento	SI	NO	Salud Mental
SI	NO	Asma	SI	NO	Problemas Neurológicos
SI	NO	Autismo Trastorno del Espectro	SI	NO	Ortopédicos
SI	NO	Lesión en la Cabeza / Cerebro	SI	NO	Restricciones físicas
SI	NO	Cáncer	SI	NO	Historia de nacimiento importante
SI	NO	Problemas para masticar o tragar	SI	NO	Convulsiones/Epilepsia
SI	NO	Diabetes	SI	NO	Dieta especial
SI	NO	Tubo- G	SI	NO	Problemas de Visión – usa lentes? SI NO
SI	NO	Transformo genético	OTRO:		

Explique cualquier condición(es) de salud arriba: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Su hijo(a) necesita medicamentos en la escuela? SI  NO

Escriba el nombre de la medicina(s): \_\_\_\_\_

\*Imprima o solicite una forma de Autorización para Administrar Medicamentos de la escuela o de la página de internet de PSD en los servicios de salud

Por favor escriba cualquier medicamento/s que tome su hijo(a) todos los días en casa: \_\_\_\_\_

**Yo he dado esta información de salud de manera voluntaria. Entiendo que necesito proveer los siguientes documentos para el archivo de salud de mi hijo(a): Las vacunas actuales, examen físico, examen dental y los resultados de plomo.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Si tiene preocupaciones sobre el desarrollo, por favor complete estas 3 páginas.**

Nombre del niño/a:

Fecha de nacimiento del niño/a:

<b>Embarazo y nacimiento</b>					
Peso al nacer: libras      onzas		Nacimiento del niño/a      :40+ semanas      Prematuro a      las semanas debido a:			
Por favor, comparta cualquier dificultad durante el embarazo, o parto:					
Su bebé tuvo experiencias alguna dificultad después del parto (por ejemplo, convulsiones, problemas para respirar)					
Se utilizaron medicamentos durante el embarazo      Sí      No - Liste los medicamentos y el motivo					
Describa cómo era su niño/a cuando era bebé:					
<b>Historial de Salud y Desarrollo</b>					
<b>Uso del baño</b>					
<input type="checkbox"/> Inicio del entrenamiento:			<input type="checkbox"/> Usa pañales durante el día:		
<input type="checkbox"/> Necesita ayuda para usar el baño:			<input type="checkbox"/> Entrenado/a para usar el baño:		
Preocupaciones sobre ensuciarse o mojarse:					
<b>Hábitos de sueño</b>					
Cree que su niño/a duerme lo suficiente      Sí      No					
Su niño/a se calma fácilmente      Sí      No Preocupaciones:					
<b>Consideraciones familiares</b>					
Ha habido algún cambio en la vida del niño/a, como un nuevo hermano/a, divorcio, matrimonio o fallecimiento en la familia? Por favor, describa la reacción del niño/a, si hubo alguna:					
<b>Desarrollo Actual del Niño/a</b>					
Su niño/a tiene alguno de los siguientes?    IEP    IFSP    Terapia privada:					
Si es así, por favor proporciónenos una copia o solicite firmar un formulario de Autorización para la Divulgación de Información para que podamos acceder a una copia.					
<b>Tiene preocupaciones sobre su niño/a en alguna de las siguientes áreas?</b>					
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	HABILIDADES MOTORAS (caminar, dibujar)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	HABILIDADES ADAPTATIVAS (alimentarse y vestirse solo/a)
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	SOCIAL – EMOCIONAL (comportamiento, habilidades sociales)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	APRENDIZAJE TEMPRANO (participar en el juego, conceptos iniciales)
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	COMUNICACIÓN (inteligibilidad del habla, comprensión del lenguaje)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	DEFICIENCIA VISUAL
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	DEFICIENCIA AUDITIVA

**-- Inventario del Desarrollo --**

*Pensando en las habilidades que su niño/a demuestra de manera constante, él o ella:*

**Habilidades Motoras**

<b>Su niño/a:</b>	<b>Sí</b>	<b>Aún no</b>	<b>N/A</b>
Usa crayones y/o marcadores para garabatear, dibujar o "escribir"?			
Usa tijeras para recortar el borde de un papel?			
Usa una mano para la mayoría de las actividades?			
Corre, camina y salta?			
Lanza y pateo una pelota; intenta atraparla con ambas manos?			

**Social-Emocional**

<b>Su niño/a:</b>	<b>Sí</b>	<b>Aún no</b>	<b>N/A</b>
Muestra conciencia de sus propios sentimientos y los de otros?			
Quiere independencia, pero todavía necesita la seguridad de los padres?			
Disfruta jugar con otros niños/as de edad similar?			
Expresa verbalmente lo que quiere o necesita?			
Muestra empatía hacia adultos conocidos y amigos?			

**Comunicacion**

<b>Su niño/a:</b>	<b>Sí</b>	<b>Aún no</b>	<b>N/A</b>
Escucha y recuerda los detalles de historias sencillas			
Entiende la dirección simple de 1-2 pasos			
Junta 3-5 palabras para hablar una oración corta			
Hace muchas preguntas			
Habla con claridad para que la mayoría de la familia y amigos lo/la entiendan			

**Habilidades Adaptativas**

<b>Su niño/a:</b>	<b>Sí</b>	<b>Aún no</b>	<b>N/A</b>
Se alimenta solo/a usando un tenedor y/o cuchara?			
Se lava y seca las manos por sí mismo/a?			
Ayuda a vestirse y desvestirse?			
Bebe de una taza?			
Abre puertas y armarios?			

**Aprendizaje Temprano**

<b>Su niño/a:</b>	<b>Sí</b>	<b>Aún no</b>	<b>N/A</b>
Disfruta mirar libros con un adulto o solo/a?			
Juega con juguetes de la manera esperada (maneja y choca autos, cuida una muñeca)?			
Nombra y empareja colores?			
Canta canciones familiares?			
Pide ayuda con actividades difíciles?			

**Sus preocupaciones específicas:**

Cuándo notó por primera vez preocupaciones en esta área

Ha buscado servicios privados a través del médico de su niño/a

## Cuéntenos Sobre el Comportamiento de su Niño/a en Casa o en la guardería

Describa la personalidad de su niño/a:

Comparta las actividades favoritas de su niño/a:

Su niño/a tiene la oportunidad de jugar con otros niños/as  Sí  No Explique (en el parque, con sus primos, etc.):

Mi niño/a se concentra en una actividad de juego interesante (no relacionada con pantallas) por:  < 5 minutos  5-10 minutos  10-30 minutos  30+ minutos

Cuánto tiempo al día pasa su niño/a viendo/usando pantallas \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

Esto le preocupa?  Sí  No

### Comportamiento

N/A	Sí	No	
			Tiene preocupaciones sobre el comportamiento en casa
			El proveedor de cuidado infantil tiene preocupaciones sobre el comportamiento de su niño/a
			Alguien más (familiar o amigo) ha expresado preocupaciones sobre el comportamiento de su niño/a
			Alguna vez le han pedido a su niño/a que abandone una guardería debido a su comportamiento

Hay algo más que le gustaría que supiéramos sobre su hijo/a

### Su Niño/a Ha Asistido a Cuidado Infantil o Preescolar Anteriormente?

Nombre del Cuidado Infantil o Preescolar: \_\_\_\_\_ Mes/Año de Asistencia: \_\_\_\_\_

Dirección:

Ciudad/Estado/Código Postal:

Número de Teléfono:

Días/Horas:

Estoy de acuerdo en permitir que PSD se comunice para obtener más información.