

Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

Fecha de prueba: \_\_\_\_\_

**PREESCOLAR SUNRISE: 4 AÑOS**  
**FORMULARIO DE REFERENCIA DE EDUCACIÓN ESPECIAL**

Esta información se utilizará como parte de la evaluación del estudiante y se mantendrá confidencial.

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE Y LA FAMILIA**

El nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  M  F  
(Primero) (Segundo) (Apellido)

Nombre del Representante: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre de contacto alternativo: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
( Calle) (Ciudad) (Código postal)

Correo electrónico de los padres: \_\_\_\_\_

**IDIOMA DEL HOGAR**

Primer idioma: \_\_\_\_\_ Segundo Idioma: \_\_\_\_\_

¿Se necesita intérprete para las reuniones con los maestros?  Sí  No

**EXPERIENCIA DE GUARDERÍA / PREESCOLAR**

¿Pasa su hijo (a) por algún tiempo a un programa de guardería o preescolar? (Head Start, Preescolar privado o guardería)  Sí  No

Nombre de la guardería o preescolar: \_\_\_\_\_

Días y Horarios de Atención: \_\_\_\_\_

**FUNCIONAMIENTO DEL GRUPO / AULA**

En un grupo o clase, su hijo(a): (Si no tiene experiencia en un grupo o salón de clases, marque N/A)

¿Permanece sentado cuando se le pide que lo haga?  Sí  No  N/A

¿Sigue la rutina y la transición entre actividades?  Sí  No  N/A

¿Presta atención a las actividades y tareas durante 5-10 minutos?  Sí  No  N/A

¿Participa en actividades?  Sí  No  N/A

**HISTORIAL MÉDICO**

¿Recibe su hijo(a) algún servicio/terapia de otro proveedor (ej. TO, PT, Habla, ABA)?  Sí  No

En caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_

¿Tu hijo(a) tiene un diagnóstico médico?  Sí  No

En caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_

¿Utiliza su hijo(a) algún tipo de equipo médico (ej., silla de ruedas, oxígeno, sonda gástrica)?  Sí  No

En caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez su hijo(a) ha tenido lesiones significativas u hospitalizaciones/procedimientos quirúrgicos?  Sí  No

En caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) tiene alguna alergia?  Sí  No

En caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo(a) algún pariente que tenga retrasos o discapacidades conocidas?  Sí  No

En caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_

## VISIÓN / AUDICIÓN

¿Le preocupa la visión de su hijo(a)?  Sí  No En caso afirmativo, explíquelo por favor: \_\_\_\_\_

¿Le preocupa la audición de su hijo(a)?  Sí  No En caso afirmativo, explíquelo por favor: \_\_\_\_\_

## ARTICULACIÓN / TARTAMUDEZ

¿Le preocupa que se entienda el habla de su hijo(a)?  Sí  No  aun no habla *(Si la respuesta es No, pase a la sección de comunicación)*

En caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus preocupaciones con respecto al desarrollo del habla de su hijo(a)? *(Marque todo lo que corresponda)*

Eliminación de sonidos  Sustituye sonidos  \*Preocupaciones por la tartamudez  Hablando en voz baja  Otro: \_\_\_\_\_

*\*Tartamudeo/fluidez: pausas inusuales, repeticiones frecuentes de sonidos o palabras, o sacar ciertos sonidos*

¿Está preocupado por la capacidad de su hijo(a) para producir cualquier sonido del habla que se haya desarrollado antes?

(/p, b, t, d, k, g, m, n, f, h, w/) En caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_

¿Qué tan bien entiende el cuidador principal el habla de su hijo(a)?

0-25% del tiempo  25-50% del tiempo  50-75% del tiempo  75-100% del tiempo

¿Qué tan bien las personas conocidas (como otros miembros de la familia) entienden el habla de su hijo(a)?

0-25% del tiempo  25-50% del tiempo  50-75% del tiempo  75-100% del tiempo

¿Qué tan bien las personas desconocidas (como vecinos, compañeros, etc.) entienden el habla de su hijo(a)?

0-25% del tiempo  25-50% del tiempo  50-75% del tiempo  75-100% del tiempo

## COMUNICACIÓN

¿Le preocupa el desarrollo del lenguaje/comunicación de su hijo(a)?  Sí  No *(Si la respuesta es No, pase a la sección Social)*

En caso afirmativo, explíquelo por favor: \_\_\_\_\_

¿Cómo suele comunicar su hijo(a) información, deseos y necesidades? *(Marque todo lo que corresponda)*

Ninguno  Gestos y señalar  Balbuceo  Aproximaciones de palabras  Lenguaje de señas  Palabras

¿Con qué frecuencia usa su hijo(a):

Palabras sueltas (p.ej., "Más"):

Nunca  A veces  A menudo  Casi siempre

2 palabras juntas (p.ej., "Más cookies"):

Nunca  A veces  A menudo  Casi siempre

3-4 palabras juntas (p.ej., "Quiero más galletas"):

Nunca  A veces  A menudo  Casi siempre

5+ palabras juntas (p.ej., "¿Puedo tener más galletas, por favor?"):

Nunca  A veces  A menudo  Casi siempre

¿Su hijo responde preguntas sencillas (quién, qué, dónde, cuándo)?  Sí  No

¿Su hijo(a) entiende instrucciones simples?

¿Instrucciones de 1 parte (ej., "ve a buscar tus zapatos")?  Sí  No

¿Instrucciones de 2 partes (ej., "recoge tu chaqueta y guárdala")?  Sí  No

¿Su hijo entiende y usa sustantivos/adjetivos y verbos/acciones?  Sí  No

## SOCIAL

¿Le preocupa el desarrollo social de su hijo(a)?  Sí  No *(Si la respuesta es No, continúe con la sección Comportamiento)*

En caso afirmativo, explíquelo por favor: \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia juega su hijo(a) con otros niños?  Diario  \_\_\_ veces por semana  mensual  casi nunca

¿En qué entornos interactúa su hijo típicamente con otros niños?  Hogar  grupos de juego  Iglesia  parques infantiles  
Otro: \_\_\_\_\_

¿Es tu hijo capaz de:

¿Inicia juegos e interacciones sociales con adultos u otros niños?  Sí  No

¿Juega de forma interactiva con otros niños (por ejemplo, construyen cosas juntos)?  Sí  No

¿Comparte y se turna con otros de manera apropiada para su edad?  Sí  No

¿Guarda los juguetes o artículos cuando se le pregunta?  Sí  No

¿Dar su información personal? *(Marque todo lo que corresponda)*  Nombre de pila  Apellido  Edad

¿Tiene su hijo dificultad para relacionarse con los demás (hacer contacto visual, jugar, etc.):  Sí  No

¿Alguien ha planteado preocupaciones sobre el autismo de su hijo(a)?  Sí  No

En caso afirmativo, explíquelo por favor: \_\_\_\_\_

## COMPORTAMIENTO

¿Le preocupa el desarrollo emocional o conductual de su hijo(a)?  Sí  No *(Si la respuesta es No, continúe con la sección Adaptable)*

En caso afirmativo, explíquelo por favor: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a):

¿Calmarse a sí mismo con apoyo y expresar emociones?  Sí  No

¿Demuestra un comportamiento de rechazo extremo con algún adulto?  Sí  No

¿Demostrar comportamiento extremo agresivo hacia los demás?  Sí  No

¿Participa en comportamientos extremos o berrinches?  Sí  No

Frecuencia de comportamiento: \_\_\_\_\_

Duración del comportamiento: \_\_\_\_\_

¿Qué hace su hijo(a) cuando está molesto o tiene un comportamiento extremo? *(Marque todo lo que corresponda)*

gritar o llorar  Golpear  Patada  Morder  Rascar  Lanzar artículos  Rechazar  Caer al suelo

Gritar / Discutir  Otro: \_\_\_\_\_

## ADAPTADO

¿Le preocupan las habilidades de adaptación (independencia) de su hijo(a)?  Sí  No *(Si la respuesta es No, continúe con la sección Motor)*

En caso afirmativo, explíquelo por favor: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a):

¿Guarda los juguetes o artículos cuando se le pregunta?  Sí  No

¿Hacer solicitudes y pedir ayuda cuando sea necesario?  Sí  No

¿Participa en actividades de cuidado personal de manera adecuada?  Sí  No

¿Sigue las rutinas del hogar y la transición entre actividades?  Sí  No

¿Adapta a los cambios en la rutina?  Sí  No

## MOTRICIDAD

Los niños de 3 y 4 años deben poder:

- Motricidad gruesa: correr, saltar, lanzar, patear, subir y bajar escaleras y jugar en el equipo del patio de recreo
- Motricidad fina: usar crayones/marcadores para hacer garabatos, intentar resolver rompecabezas

¿Tiene preocupaciones con el desarrollo motor?  Sí  No *(Si la respuesta es No, pase a la sección Cognitiva)*

En caso afirmativo, explíquelo por favor: \_\_\_\_\_

## COGNITIVO / PRE ACADEMICO

¿Le preocupa la capacidad de su hijo(a) para aprender cosas nuevas?  Sí  No *(Si la respuesta es No, continúe con la siguiente sección)*

En caso afirmativo, explíquelo por favor: \_\_\_\_\_

### ATENCIÓN / MEMORIA

¿Su hijo:

¿Presta atención a las tareas y actividades durante 10-30 min?  Sí  No

¿Presta atención a una actividad dirigida por un adulto durante 8-10 minutos?  Sí  No

¿Recuerda partes de una historia o recuerda eventos recientes?  Sí  No

### HABILIDADES PRE-ACADÉMICAS

¿Su hijo:

¿Emparejar y ordenar elementos e imágenes?  Sí  No  Sin oportunidad

¿Contar? ¿A qué número? \_\_\_\_\_  Sí  No  Sin oportunidad

¿Identifica algunos colores (señala o nombra)? \_\_\_\_\_  Sí  No  Sin oportunidad

¿Identifica algunas formas (señala o nombra)? \_\_\_\_\_  Sí  No  Sin oportunidad

¿Identifica algunos números (señala o nombra)? \_\_\_\_\_  Sí  No  Sin oportunidad

¿Identifica algunas letras (señala o nombra)? \_\_\_\_\_  Sí  No  Sin oportunidad

## INFORMACIÓN ADICIONAL

Cuéntanos un poco más sobre tu hijo(a) (temperamento, gustos, disgustos, etc.):

Si hay alguna otra información que cree que sería útil para nosotros saber sobre su hijo(a) o familia que aún no se ha abordado, use este espacio:

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## Historia del desarrollo preescolar: Cuestionario para cuidadores

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Persona que completa el formulario: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

Primer idioma del estudiante: \_\_\_\_\_

Segundo idioma del estudiante: \_\_\_\_\_

### Desarrollo del lenguaje

¿Cuál fue el primer idioma al que estuvo expuesto su hijo(a)?

¿Cuál fue el primer idioma que habló su hijo (a)?

¿Qué edad tenía su hijo(a) cuando empezó a hablar?

¿Qué edad tenía su hijo(a) cuando estuvo expuesto por primera vez a su segundo idioma?

¿Qué idioma habla su hijo(a) con la persona que lo cuida (p. ej.,padres,abuelos, niñeras)?

¿Qué idioma habla su hijo(a) con amigos y hermanos?

¿Tiene su hijo(a) dificultad para entender preguntas y/o comandos en su primer idioma?  
En caso afirmativo, explíquelo por favor.

¿Tiene su hijo(a) dificultad para entender preguntas y/o comandos en su segundo idioma?  
En caso afirmativo, explíquelo por favor.

¿Tiene su hijo(a) dificultad para expresar sus ideas de manera que tengan sentido para los demás en su primer idioma? En caso afirmativo, explíquelo por favor.

¿Tiene su hijo(a) dificultad para expresar sus ideas de manera que tengan sentido para los demás en su segundo idioma? En caso afirmativo, explíquelo por favor.

## **Información del hogar**

¿Cuánto tiempo ha vivido su hijo(a) en los Estados Unidos o en cualquier otro país de habla inglesa?

¿Quién es la persona con la que su hijo(a) pasa la mayor parte del tiempo fuera de la escuela?

¿Qué idiomas habla la persona que cuida o pasa mas tiempo con su hijo(a)?

¿Cuánto porcentaje de cada idioma le habla la persona que cuida o pasa mas tiempo con su hijo(a)?

Seleccione uno para cada idioma:

Primero:  0%  10%  20%  30%  40%  50%  60%  70%  80%  90%  100%

Segundo:  0%  10%  20%  30%  40%  50%  60%  70%  80%  90%  100%

¿Cual es el porcentaje en cada idioma, del tiempo que pasa su hijo(a) en entretenimiento (TV, YouTube, videojuegos, etc.)? Seleccione uno para cada idioma:

Primero:  0%  10%  20%  30%  40%  50%  60%  70%  80%  90%  100%

Segundo:  0%  10%  20%  30%  40%  50%  60%  70%  80%  90%  100%

En general ¿A porcentaje de cada idioma está expuesto su hijo(a) en casa?

Seleccione uno para cada idioma:

Primero:  0%  10%  20%  30%  40%  50%  60%  70%  80%  90%  100%

Segundo:  0%  10%  20%  30%  40%  50%  60%  70%  80%  90%  100%

Si su hijo(a) asiste a una guardería o preescolar, ¿cuánto porcentaje de cada idioma se habla en este entorno?

Seleccione uno para cada idioma: (Si no tiene experiencia en un grupo o salón de clases, marque N/A)  N/A

Primero:  0%  10%  20%  30%  40%  50%  60%  70%  80%  90%  100%

Segundo:  0%  10%  20%  30%  40%  50%  60%  70%  80%  90%  100%

¿Hay alguna información adicional sobre el idioma de su hijo(a) que no se haya cubierto en este formulario que le gustaría compartir con nosotros?