

**ESCUELAS PUBLICAS DEL CONDADO DE GWINNETT
PROGRAMA DE INTERVENCION TEMPRANA
CUESTIONARIO PARA EL REFERIDO A UNA EVALUACION DE EDUCACION ESPECIAL**

INFORMACIÓN GENERAL

FECHA QUE COMPLETÓ LA FORMA: _____ COMPLETADO POR: _____

Nombre del niño/a: _____ Apodo: _____
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido)

Sexo: ___ Masculino ___ Femenino Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Por favor responda **ambas secciones** de esta pregunta de dos partes.

1. ¿Es el niño/a Hispano/Latino? (marque uno) ___ No, no es Hispano/Latino ___ Sí, es Hispano/Latino

2. Por favor seleccione la raza del niño/a de la lista a continuación:

___ Indígena Americano/Nativo de Alaska ___ Negro o Afroamericano ___ Blanco
___ Asiático ___ Nativo de Hawaii o nativo de otras Islas del Pacífico

MOTIVO DEL REFERIDO

Referido por: _____ Relación: _____

Motivo del referido (describa lo que más le preocupa de su niño/a y la razón por la que solicita una evaluación):

¿Cuándo notó el problema por primera vez? _____

¿Ha recibido alguna vez su niño/a una evaluación del Desarrollo o evaluación Psicológica? ___ Sí ___ No

Si contesto sí, ¿cuándo? _____ ¿dónde? _____

INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR Y LA FAMILIA

Dirección de la casa: _____
(Calle) (Ciudad) (Código postal)

Nombre del padre/tutor: _____ Edad: _____ Ocupación: _____
___ Madre ___ Padre ___ Padre adoptivo ___ Guardián ___ Padrastra/Madrastra

Teléfono celular #: _____ Otro teléfono #: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del padre/tutor: _____ Edad: _____ Ocupación: _____
___ Madre ___ Padre ___ Padre adoptivo ___ Guardián ___ Padrastra/Madrastra

Teléfono celular #: _____ Otro teléfono #: _____

Correo electrónico: _____

Estado civil de los padres: ___ Casados ___ Separados ___ Divorciados ___ Viudo/a ___ Soltero/a

INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR Y LA FAMILIA (CONT.)

Su niño/a vive con: Ambos padres Madre Padre Otro: (_____)

Si los padres están separados o divorciados, ¿cuántos años tenía su niño/a cuando esto ocurrió? _____

¿Hay otro idioma (que no sea el inglés) hablado en el hogar? Sí No

Si contesto sí, ¿qué idioma(s)? _____ ¿Es éste el idioma principal en el hogar? Sí No

¿Qué idioma entiende mejor su niño/a? _____ ¿En qué idioma prefiere hablar su niño/a? _____

¿Necesita intérprete? para los padres para el niño/a ambos ¿En qué idioma? _____

Enumere todas las personas que viven actualmente en el hogar:

Nombre	Relación con el niño/a	Edad

Si algún hermano o hermana vive fuera del hogar, haga una lista de sus nombres y edades:

Nombre	Edad

Por favor, marque cualquier condición que algún miembro de la familia inmediata actualmente tenga o haya tenido (incluyendo los miembros de la familia que reciben servicios de educación especial). Indique la relación con el niño/a.

Condición:

Relación con el niño/a:

- Problemas de aprendizaje _____
- Trastorno del habla/lenguaje _____
- Trastorno por déficit de atención _____
- Impedimento auditivo o visual _____
- Trastorno del espectro autista _____
- Otro: (_____)

INTERVENCIÓN TEMPRANA Y/O SERVICIOS PREVIOS

¿Ha recibido su niño/a servicios con Babies Can't Wait (BCW) o cualquier otro servicio de terapia privado? Sí No
 (Si contesto sí, complete lo siguiente) Coordinador/Proveedor de Servicios: _____

Por favor, indique todos los servicios/terapias recibidas:

- Terapia de Lenguaje Terapia Ocupacional ABA Terapia de Alimentación
- Terapia Física Instrucción Especial Otro: (_____)

Su niño/a asiste: Guardería Preescolar Georgia Pre-K Head Start

Nombre de la Guardería/Pre-K: _____

Dirección: _____

(Calle)

(Ciudad)

(Código postal)

Teléfono: _____ Nombre del profesor(a): _____

HISTORIAL DEL NACIMIENTO/DESARROLLO

¿Hubo alguna complicación durante el embarazo/parto? Sí No

Si contesto sí, por favor describa:

¿La madre experimentó algún problema con? (marque todas las que apliquen)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad crónica | <input type="checkbox"/> Trauma | <input type="checkbox"/> Parto prematuro |
| <input type="checkbox"/> Sangrado vaginal | <input type="checkbox"/> Toxemia | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Mala nutrición | <input type="checkbox"/> Infección viral | <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Preeclampsia | <input type="checkbox"/> Otro: (_____) |

¿La madre tomó medicamentos? Sí No Si contesto sí, describa: _____

¿La madre fumó? Sí No

¿La madre ingirió bebidas alcohólicas? Sí No

¿La madre consumió drogas? Sí No Si contesto sí, por favor enumere: _____

¿El niño/a nació prematuro? Sí No Si contesto sí, ¿de cuántas semanas? _____

Tipo de parto:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Parto vaginal | <input type="checkbox"/> Cesárea |
| <input type="checkbox"/> Fórceps | <input type="checkbox"/> Parto de nalgas |
| <input type="checkbox"/> Succión | |

Peso al nacer: _____

¿El niño/a pasó tiempo en la unidad de cuidados intensivos (NICU)? Sí No

Si contesto sí, ¿por cuánto tiempo? _____ Razón: _____

¿El niño/a fue dado de alta con la madre? Sí No

Si contesto no, ¿cuánto tiempo estuvo hospitalizado? _____

¿Hubo problemas de alimentación/tragado? Sí No Si contesto sí, describa: _____

¿Hubo problemas para dormir o respirar? Sí No Si contesto sí, describa: _____

¿Hubo algún problema especial durante los primeros años de vida? Sí No

Si contesto sí, describa: _____

La siguiente es una lista de etapas del desarrollo. Por favor, indique la edad en la que el niño/a demostró cada habilidad:

Etapa del Desarrollo	Edad en meses	Etapa del Desarrollo	Edad en meses
Se volteó solo/a		Dijo varias palabras juntas	
Se sentó solo/a		Comió solo con sus manos/dedos	
Gateó		Comió con utensilios	
Caminó solo/a		Se vistió solo	
Balbuceó		Uso el baño solo/a	
Dijo su primera palabra		Dejo de orinarse en la noche	

INFORMACIÓN MÉDICA/SALUD

¿Ha sido su niño/a diagnosticado con algún síndrome o condición médica? Sí No Si contesto sí, especifique:

Diagnóstico	Fecha de diagnóstico	Por quién

Por favor, indique cuál de los siguientes su niño/a actualmente sufre o ha sufrido en el pasado:

Nombre	Actual	Pasado	Nombre	Actual	Pasado	Nombre	Actual	Pasado
Alergias (ALIMENTOS)			Crup			Hipotonía		
Alergias (MEDICINA)			Citomegalovirus (CMV)			Meningitis		
Alergias (POR CAMBIOS DEL TIEMPO)			Diabetes			Neumonía		
Asma			Difteria			Reflujo		
Trastorno Hemorrágico			Eczema			Convulsiones		
Hemorragia Cerebral			Encefalitis			Lengua Atada/ Frenillo Corto		
Resfriados Crónicos			Fiebres sobre 104 grados			Amigdalitis		
Dolores de Cabeza Crónicos			Lesión en la cabeza/ Conmoción Cerebral ("concussion")			Nódulos Vocales		
Paladar Hendido			Problemas Cardiacos			Anemia		
Deformidades Craneofaciales			Hipo/Hipertiroidismo			Otro:		

Haga una lista de cualquier operación, hospitalización, o lesión adicional que su niño/a haya tenido y a qué edad:

¿Ha tenido su niño/a antecedente de infecciones del oído? Sí No ¿con qué frecuencia? _____

Si contesto sí, ¿le han colocado tubos en los oídos? Sí No

Si contesto sí, ¿cuándo y a qué edad? _____ ¿cuántas cirugías ha necesitado? _____

¿Su niño/a utiliza algún dispositivo de asistencia/adaptación? (marque todos lo que apliquen)

gafas/espejelos AFO's (Ankle-Foot Orthotics) andador/muletas

silla de ruedas SMO's (Supra Malleolar Orthotics) audífonos

otro: (_____)

Por favor, haga una lista de cualquier medicamento que su niño/a esté tomando actualmente:

Medicamento	Dosis	Razón para tomar

DESARROLLO DE LA COMUNICACIÓN

	Sí	No
¿Le preocupa el desarrollo de la comunicación de su niño/a?		
¿Su niño/a está usando palabras para comunicarse?		
¿Su niño/a señala, apunta y/o usa gestos para comunicarse?		
¿Su niño/a le toma de la mano y le guía a lo que quiere?		
¿Su niño/a balbucea y/o usa jerga (palabras que nadie entiende)?		
¿Su niño/a utiliza oraciones simples para comunicarse (por ejemplo, "mira perro")?		
¿Su niño/a utiliza oraciones más largas para comunicarse (por ejemplo, "Mira, el perrito está comiendo")?		
¿Es difícil de entender el habla de su niño/a?		
¿Su niño/a tartamudea?		
¿Tiene su niño/a la voz ronca o áspera?		
¿Su niño/a comenzó a desarrollar lenguaje y luego se detuvo?		

DESARROLLO COGNITIVO

	Sí	No
¿Le preocupa las destrezas académicas de su niño/a?		
¿Su niño/a responde a su nombre cuando se le llama?		
¿Su niño/a señala partes del cuerpo cuando se le pide?		
¿Su niño/a parece estar aprendiendo conceptos preescolares (por ejemplo, grande/pequeño, más/menos)?		
¿Su niño/a parece estar aprendiendo colores, números, formas?		
¿Su niño/a señala laminas en un libro cuando se le pide?		
¿Su niño/a sigue instrucciones simples de un solo paso (por ejemplo, "busca tus zapatos")?		
¿Su niño/a sigue instrucciones de dos o tres pasos (por ejemplo, "busca tus zapatos y siéntate")?		

DESARROLLO PERSONAL/SOCIAL

	Sí	No
¿Le preocupa el desarrollo personal/social de su niño/a?		
¿Su niño/a prefiere jugar solo/a?		
¿Juega su niño/a con otros niños de su misma edad?		
¿Comparte su niño/a sus juguetes preferidos con otros niños?		
¿Su niño/a toma turnos cuando juega con otros niños?		
¿Tiene su niño/a dificultades con los cambios en su rutina?		
¿Sigue su niño/a las instrucciones relacionadas con la rutina diaria del hogar o de la escuela?		
¿Se frustra su niño/a fácilmente?		
¿Su niño/a muestra agresión cuando se siente frustrado con los demás? Si contesto sí, por favor explique:		

DESARROLLO MOTOR

	Sí	No
¿Le preocupa el desarrollo físico/motriz de su niño/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es su niño/a capaz de caminar independientemente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es su niño/a capaz de correr independientemente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es su niño/a capaz de saltar/brincar independientemente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene su niño/a dificultad con su coordinación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puede su niño/a subir y bajar escaleras de pie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es su niño/a capaz de manipular objetos/juguetes pequeños?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es su niño/a capaz de hacer una torre de bloques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su niño/a garabatea en un papel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es su niño/a capaz de imitar o copiar líneas y/o formas simples?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN ADICIONAL

	Sí	No
¿Es su niño/a mañoso (“picky”) para comer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es su niño/a muy sensible a los sonidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Es su niño/a muy sensible a las texturas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su niño/a se mete artículos/objetos no alimenticios en su boca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su niño/a se muerde a sí mismo/a o muerde a los demás?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su niño/a busca hacer actividades como mecerse, girar o balancearse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se golpea la cabeza su niño/a cuando se frustra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su niño/a aparenta ser torpe, a menudo choca con cosas, se tropieza y/o se cae?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su niño/a hace ruidos fuertes y/o extraños con frecuencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su niño/a mira fijamente objetos que giran (por ejemplo, ruedas, abanicos, juguetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su niño/a muestra comportamientos repetitivos (por ejemplo, alinear sus juguetes, agitar sus manos frente a su cara, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Cuáles son las actividades favoritas de su niño/a en la casa y/o en el preescolar?

¿Qué es lo que usted más disfruta y ama de su niño/a?

***Por favor incluya copias de cualquier informe o evaluación de terapia que pueda ser útil en nuestra evaluación de su niño/a. ***

Una vez que esté listo para enviar todos los documentos necesarios, hágalo mediante:

Correo:

Gwinnett County Public Schools

Department of Special Education/Early Intervention Program

Building 200

437 Old Peachtree Rd., N.W.

Suwanee, GA 30024

Fax: 678-301-6663

Correo electrónico: ecp@gcpsk12.org