

DATE COMPLETED (FECHA CUANDO SE COMPLETÓ) \_\_\_\_\_

**Escuelas Públicas del Condado de Gwinnett**  
**Programas de Intervención Temprana**  
**CUESTIONARIO PARA REMISIÓN A UNA EVALUACIÓN PARA EDUCACIÓN ESPECIAL**  
**INFORMACIÓN GENERAL**

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido)

Sexo: (marque) Masculino Femenino

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 (marque uno o más si es necesario)

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

Dirección de la casa: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Código postal)

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Escuela primaria de su vecindario: \_\_\_\_\_

Remitido por: \_\_\_\_\_ Parentesco/relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Persona que llenó este formulario (marque uno): Madre Padre Madrastra Padrastra Otra persona \_\_\_\_\_

Razón por la cual se remitió al niño/a (describa lo que más le preocupa acerca de su niño/a y la razón por la que solicita una evaluación):

Describa los problemas actuales de su niño/a \_\_\_\_\_

¿Desde hace cuánto tiempo le preocupa este problema(s) de su niño/a? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la primera vez que observó el problema? \_\_\_\_\_

¿Ha sido su niño diagnosticado con algún síndrome o problema de salud? Sí No

Si ha sido diagnosticado, por favor explique o describa el síndrome o problema: \_\_\_\_\_

Asiste su niño/a: \_\_\_\_\_ Guardería \_\_\_\_\_ Preescolar \_\_\_\_\_ Pre-Kinder del Gobernador \_\_\_\_\_ Head Start \_\_\_\_\_ Programa de intervención temprana "Los Bebés no Pueden Esperar" (BCW, por sus siglas en inglés)

Nombre, dirección y teléfono del lugar al cual asiste: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR Y LA FAMILIA**

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Nivel de educación: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ MANERA PREFERIDA DE COMUNICARNOS CON USTED \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ Biológica \_\_\_\_\_ Adoptiva \_\_\_\_\_ Madrastra \_\_\_\_\_ Padre de acogida o de crianza \_\_\_\_\_ Tutor legal)

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Nivel de educación: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ Biológico \_\_\_\_\_ Adoptivo \_\_\_\_\_ Padrastra \_\_\_\_\_ Padre de acogida o de crianza \_\_\_\_\_ Tutor legal)

Nombre del padrastra/madrastra: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Nivel de educación: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Teléfono celular \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ MANERA PREFERIDA DE COMUNICARNOS CON USTED \_\_\_\_\_

El niño/a vive con: (marque) Ambos padres Madre Padre Otra persona \_\_\_\_\_

Estado civil de los padres: (marque) Casados Separados Divorciados Viudos Solteros

Si los padres están separados o divorciados, ¿qué edad tenía el niño/a cuando esto sucedió? \_\_\_\_\_

¿Qué idioma hablan en la casa principalmente? \_\_\_\_\_

¿Qué otros idiomas hablan en la casa? \_\_\_\_\_

¿Nos podemos comunicar con usted por medio de correo electrónico? \_\_\_\_\_

Idioma que el niño/a habla principalmente \_\_\_\_\_

¿Necesita un intérprete para el padre/madre? \_\_\_\_\_ ¿para el niño/a? \_\_\_\_\_ ¿qué idioma? \_\_\_\_\_

Enumere todas las personas que viven actualmente en el hogar:

Nombre	Parentesco o relación con el niño/a	Edad
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si el niño tiene hermanos o hermanas que viven fuera del hogar, escriba sus nombres y edades: \_\_\_\_\_

Por favor marque cualquier condición que haya sufrido algún miembro de su familia cercana. Escriba el parentesco o relación de esa persona con su niño

Condición:	Parentesco/relación con el niño/a:
<input type="checkbox"/> Problemas de aprendizaje	_____
<input type="checkbox"/> Trastorno del habla/lenguaje	_____
<input type="checkbox"/> Trastorno de déficit de atención	_____
<input type="checkbox"/> Impedimentos de la visión o audición	_____
<input type="checkbox"/> Otros ( _____ )	_____

### SERVICIOS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

¿Ha utilizado su niño/a servicios del programa “Los Bebés no Pueden Esperar” (*Babies Can’t Wait*)? (marque uno)  Sí  No (si escogió “sí”, ¿qué servicios?)

Coordinador de servicios del programa BCW \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Servicio	Nombre del terapeuta	Recibe el servicio actualmente	Ya no recibe estos servicios	Horas por semana
Terapia del habla/lenguaje	_____	_____	_____	_____
Terapia ocupacional	_____	_____	_____	_____
Terapia física	_____	_____	_____	_____
Instrucción Especial	_____	_____	_____	_____

### HISTORIAL DURANTE EL EMBARAZO Y EL NACIMIENTO

Durante el embarazo:

¿Hubo alguna complicación durante el embarazo/parto? Si fue así, por favor explique. \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Tuvo la madre problemas con: _____ enfermedad crónica _____ mala nutrición _____ sangrado vaginal _____ toxemia _____ infección viral _____ trauma _____ nacimiento prematuro _____ hipertensión _____ diabetes gestacional _____ otro problema _____
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Tomó la madre alguna medicina? (Si fue así, por favor describala: _____)
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Fumó la madre durante el embarazo?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Tomó la madre bebidas alcohólicas?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Usó drogas? (Si fue así, por favor enumérelas: _____)
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Se usaron fórceps durante el parto?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Se usó succión durante el parto?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Tuvo una cesárea?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Estuvo el bebé en posición de nalgas (pies primero)?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Fue el niño prematuro?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si fue prematuro, ¿de cuántas semanas? _____
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si fue así, por favor explique: _____
		Peso al nacer: _____
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Salieron usted y su bebé al mismo tiempo del hospital?
		Si no fue así, ¿cuánto tiempo estuvo hospitalizado el bebé? _____

- Sí No ¿Tuvo el niño algún problema para comer/tragar?  
Si fue así, por favor describa: \_\_\_\_\_
- Sí No ¿Tuvo el niño problemas para dormir?  
Si fue así, por favor describa: \_\_\_\_\_
- Sí No ¿Tuvo el niño problemas especiales durante los primeros años de vida?  
Si fue así, por favor describa: \_\_\_\_\_

### HISTORIAL DEL DESARROLLO

A continuación encontrará una lista de comportamientos que presentan los niños cuando son infantes y en edad preescolar. Por favor indique la edad en la que su niño demostró cada comportamiento.

<u>Comportamiento</u>	<u>Edad</u>	<u>Comportamiento</u>	<u>Edad</u>
Se volteó	_____	Comió solo	_____
Se sentó solo	_____	Se vistió solo	_____
Gateó	_____	Usó el baño solo	_____
Caminó solo	_____	Dejó de orinarse en la noche	_____
Balbuceó	_____		
Dijo varias palabras juntas	_____		

### INFORMACIÓN MÉDICA/DE SALUD

Por favor indique si su niño tiene o ha tenido alguno de los siguientes.

Alergias	Dolores de cabeza crónicos	Anemia
Deformidades craneofaciales	Neumonía	Reflujo
CMV	Hemorragia cerebral	Crup
Diabetes	Gripas/resfriados crónicos	Difteria
Infecciones crónicas del oído	Tubos auditivos/cirugía	Convulsiones
Encefalitis	Problemas del corazón	Fiebres de más de 104°
Lesiones en la cabeza/contusiones	Trastornos sanguíneos	Amigdalitis
Nódulos vocales		Meningitis

Escriba cualquier otra operación, hospitalización o lesiones/heridas que haya tenido su niño y a qué edad:

\_\_\_\_\_

¿Utiliza su niño alguno de los siguientes aparatos/dispositivos de asistencia? \_\_\_\_\_ gafas \_\_\_\_\_ aparatos ortopédicos \_\_\_\_\_ caminador/muletas  
\_\_\_\_\_ silla de ruedas \_\_\_\_\_ audífonos \_\_\_\_\_ otro: (por favor especifique): \_\_\_\_\_ )

Por favor escriba el nombre de cualquier medicina que el niño esté tomando en el momento:

<i>Medicina</i>	<i>Dosis</i>	<i>Razones por las cuales la está tomando</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### MÉDICOS/OTROS PROFESIONALES QUE PROVEEN SERVICIOS

Pediatra	_____	Teléfono: _____
Cardiólogo	_____	Teléfono: _____
Neurólogo	_____	Teléfono: _____
Gastroenterólogo	_____	Teléfono: _____
Otorrinolaringólogo	_____	Teléfono: _____
Ortopedista	_____	Teléfono: _____
Psicólogo/psiquiatra	_____	Teléfono: _____
Oftalmólogo	_____	Teléfono: _____

### DESARROLLO MOTRIZ

Sí No ¿Tiene su niño dificultad para caminar, con el equilibrio, con subir/bajar escaleras, con saltar? Si es así, por favor explique.

Sí No ¿Tiene su niño dificultades con la coordinación?

Sí No ¿Utiliza su niño una silla de ruedas/caminador?

Sí No ¿Puede su niño poner bloques en pila; manejar una crayola o marcador; imitar líneas/figuras; manejar piezas de rompecabezas y juguetes pequeños?

## COMUNICACIÓN

¿Tiene preocupaciones acerca del desarrollo de la comunicación de su niño? Por favor explique:

- Mi niño:
- Sí No Utiliza gestos/señala en vez de usar palabras.
- Sí No Balbucea (baba, dada), usa palabras que no se entienden o que no se reconocen (suenan como palabras reales pero no lo son).
- Sí No ¿Es difícil de entender? para la familia para personas que no lo conocen  
Los padres entienden lo que el niño dice: nunca un poco más o menos la mitad la mayoría todo
- Sí No ¿Utiliza palabras para comunicarse?  
Cuántas (marque) 0, 1-10, 10-20, 20-50, 50-100, más de 100
- Sí No Utiliza frases u oraciones para comunicarse.  
Marque: frases de 2 palabras, frases de 3 palabras, frases de 4 palabras frases de 5 o más palabras
- Sí No Responde a preguntas con palabras marque: ¿quién?, ¿qué?, ¿dónde?, ¿sí/no?
- Sí No Habla acerca de un evento/actividad reciente (por ejemplo: "me caí.", "vi perro.").
- Sí No Señala a un dibujo/foto en un libro si se le pide.
- Sí No ¿Contesta preguntas acerca de una historia?
- Sí No Sigue instrucciones simples.
- Sí No Cuenta lo que está pasando en un dibujo/foto.
- Sí No Empezó a desarrollar su habla y paró de hablar de repente.
- Sí No ¿Su niño tartamudea? ¿Existe una historia familiar de problemas de tartamudez? Sí No
- Sí No ¿Es la voz de su niño usualmente ronca o áspera?
- ¿Cómo comunica su niño lo que quiere y necesita más a menudo? \_\_\_\_\_
- ¿Cómo afectan los problemas de la comunicación la vida diaria/ o participación en las actividades de la guardería de su niño? \_\_\_\_\_
- ¿Qué estrategias ha utilizado usted para mejorar estas destrezas? \_\_\_\_\_

## SOCIAL

- Sí No ¿Tiene preocupaciones acerca de la socialización de su niño?
- Sí No ¿Le gusta a su niño estar alrededor de otros niños?
- Sí No ¿Su niño tolera a otros dentro de su espacio personal?
- Sí No ¿Su niño toma turnos cuando juega con otros?
- Sí No ¿Su niño sigue instrucciones relacionadas con su rutina diaria en la escuela y en el hogar?
- Sí No ¿Su niño se frustra fácilmente?
- Sí No Si contestó "sí", ¿qué comportamientos ocurren? (por ejemplo, ¿le dan rabieta, rehúsa participar?)

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Usualmente, cuándo se frustra su niño? \_\_\_\_\_

- Sí No ¿Su niño se muestra ansioso (por ejemplo, se preocupa, se muerde las uñas, se chupa el dedo)?  
Si contestó "sí", por favor explique:

Sí No ¿Su niño tiene dificultad prestando atención?

Sí No ¿Su niño es agresivo hacia otros (por ejemplo, exhibe agresión física y/o verbal)? Si contestó "sí", por favor explique)

Sí No Es cruel con los animales

Sí No Tiene dificultad con los cambios de rutina

Sí No Demasiado sensible a los sonidos

Sí No Demasiado sensible a las texturas

Sí No Muerde los juguetes frecuentemente/se los pone en la boca

Sí No Muerde

Sí No Busca mecerse, girar sobre sí mismo, balancearse

Sí No Se golpea la cabeza contra algo a propósito

¿Qué estrategias ha tratado usted de utilizar para ayudar a su niño con estos comportamientos? \_\_\_\_\_

Por favor enumere las fortalezas de su niño o lo que a usted le gusta de su niño o lo que a usted le trae alegría. Cosas o actividades favoritas para hacer en casa.

## COGNICIÓN

Sí No ¿Tiene usted preocupaciones acerca del rendimiento académico de su niño?  
explique \_\_\_\_\_

---

Sí No ¿Cree que su niño está aprendiendo los conceptos preescolares (grande/pequeño) (más/menos); las preposiciones?

Sí No ¿Cree que su niño está aprendiendo los conceptos preescolares que se aprenden por medio de la repetición (colores, números, formas)?

---

**\* Por favor incluya copias de cualquier evaluación o reportes de terapeutas que puedan ayudarnos al evaluar a su niño.\*\***

---

**Por favor envíe estos documentos por correo a:**

Instructional Support Center  
Building 200, Department of Special Education/ Early Intervention  
437 Old Peachtree Rd., N.W.  
Suwanee, GA 30024

**Por favor envíe estos documentos por fax a:**

Fax: 678 301-6663

**Por favor envíe estos documentos por correo electrónico a:**

[ecp@gwinnett.k12.ga.us](mailto:ecp@gwinnett.k12.ga.us)