COLONIAL EARLY EDUCATION PROGRAM (CEEP)
Distrito Escolar de Colonial

Escuela de John G Leach
10 Landers Lane
New Castle DE 19720
Office 302-429-4055
Fax 302-429-4057

INFORMACION ANTECEDENTE

Nombre de niño: _____
Primer nombre Medio Apellido

Fecha de Nacimiento: __/____/___ Edad: _____ Genero: Macho___ Hembra_____Raza: _____

Nombre de la madre: _____ Edad: _____

Nombre del padre: _____ Edad: _____

Guardián legal (si aplique): _____ Edad: _____

Persona quiena completa este formulario: _____
Nombre Relación con el niño

¿Con quien vive el niño? _____
Nombre Relación con el niño

Dirección del padre o guardián legal:

_____
Dirección Apt. # (si aplique) Cuidad Estado Código Postal

Dirección del correo del padre o guardián legal (si es diferente):

_____
Dirección Apt. # (si aplique) Cuidad Estado Código Postal

Teléfono de casa: _____Teléfono celular: _____

Teléfono de trabajo (madre): _____Teléfono de trabajo (padre): _____

¿En qué distrito escolar es la casa de su niño ubicada?_____

¿Asiste su niño a un centro de guardería? _____En caso afirmativo, ¿en que centro de guardería?

_____
Nombre de la guardería Dirección

Idioma(s) se hablan en casa: _____

Otros adultos quien viven en casa:

_____ _____

Nombre Relación Nombre Relación

Otros niños que viven en casa:

Nombre:_____ Edad: _____ Relación: _____

Nombre:_____ Edad: _____ Relación: _____

Nombre:_____ Edad: _____ Relación: _____

Nombre:_____ Edad: _____ Relación: _____

HISTORIA DEL NACIMIENTO

¿Hubo algún problema durante el embarazo? Sí ___ No___

En caso afirmativo, por favor, explíquelo: _____

_____

_____

_____

_____

Duración del embarazo: A término_____Prematuro_____ _____

¿Cuantas semanas?

Tipo de parto: Normal_____ Podálica_____ Fórceps_____ Cesárea_____

Peso al nacer: _____ Condición de niño al nacer: _____

¿Hubo algunas complicaciones durante el parto? Sí ____ No___

En caso afirmativo, por favor, explíquelo: _____

_____

_____

Duración de la estancia hospitalaria: _____

¿Hubo algunas complicaciones durante la estancia hospitalaria? Sí ___ No___

En caso afirmativo, por favor, explíquelo: _____

_____

_____

HISTORIA DE LA SALUD

Nombre del médico del niño: _____
Primer Nombre Apellido

Teléfono del médico: (____) _____

¿Se ha probada la auditiva de su niño? Sí ___ No___ En caso afirmativo, ¿Cuándo?_____

Resultados de la prueba: _____

¿Su hijo tiene antecedentes de infecciones del oído? Sí ___ No___

En caso afirmativo, ¿Cuándo fue la primera infección del oído?_____

¿Cuándo fue la más reciente? _____

¿Con qué frecuencia ha tenido infecciones del oído?

Frecuentemente_____ De vez en cuando_____ Rara vez_____ Nunca_____

¿Su niño se había colocado quirúrgicamente tubos en los oídos? _____

¿Se ha probada la visión de su niño? Sí ___ No___ En caso afirmativo, ¿Cuándo?_____

¿Cuáles fueron los resultados de la prueba? _____

¿Hay otros médicos o especialistas que han tratado a su niño? En caso afirmativo, enuméralos por favor:

_____

Nombre Dirección Teléfono

_____

Nombre Dirección Teléfono

_____

Nombre Dirección Teléfono

¿Tiene su niño algún problema medico significativo? Sí ___ No___

En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

_____

_____

¿Está su niño tomando algún medicamento? Sí ___ No___

En caso afirmativo, enuméralos por favor: _____

_____

_____

DESAROLLO DEL NIÑO

¿Tiene alguna preocupación acerca del desarrollo de su hijo? Si_____ No_____

En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

_____

_____

¿Va el niño al baño solo? Si_____ No_____En caso afirmativo, a que edad aprendió? _____

¿Bebe su niño de un vaso abierto regularmente? Si_____ No_____

Sí no, ¿Qué es lo que usa? _____

¿Usa un chupete frecuentemente? Si_____ No_____

¿Tiene una historia de ahogo o dificultad para tragar? Si_____ No_____

En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

_____

_____

¿Su hijo ha recibido los servicios de educación especial (incluyendo la primera infancia, terapia de habla, terapia ocupacional, terapia física)? Si_____ No_____

En caso afirmativo, enuméralos por favor:

Tipo de servicio	Cuando	Donde
Tipo de servicio	Cuando	Donde
Tipo de servicio	Cuando	Donde

DESAROLLO DE HABLA Y LENGUAJE

¿Cuándo empezó su hijo a usar sus primeras palabras de manera significativa? _____

¿Cómo su hijo se comunica con usted más frecuentemente? Marque todo lo aplicable:

Sonidos_____ Palabras individuos_____ Frases o Oraciones_____ Gestos_____ Apuntando_____

Dirige a objetos deseados _____ Otra manera (describa por favor):_____

¿Qué tan bien se entiende por otros?

Padres	Mal____	Pasable____	Bien____
Hermanos	Mal____	Pasable____	Bien____
Compañeros de juego	Mal____	Pasable____	Bien____

¿Su hijo usa por lo menos 50 palabras? Sí _____ No _____ Si no, ¿cuántas palabras? _____

¿Su hijo puede mantener una conversación sencilla? Sí _____ No _____

¿Su hijo tiene dificultad para entender las preguntas de otros o seguir instrucciones? Sí _____No ____

En caso afirmativo, ¿Cuándo ha observado este? _____

_____

_____

Si su hijo tiene dificultad para entender o comunicarse, ¿Cómo responde su hijo a esta dificultad?

_____

_____

¿Cómo ha sido el curso general de la dificultad de comunicación?

Mejorando _____ Sigue siendo el mismo _____ Empeorando _____

COMPORTAMIENTO DEL NIÑO

¿Cuáles son las actividades o juguetes favoritos de su hijo? _____

_____

¿Es capaz de jugar solo por un corto tiempo? Sí___ No_

¿Le gusta jugar con otros niños? Sí___ No_____

Por favor, describa algunos problemas de comportamiento frecuentes que tiene con su hijo:_____

_____

_____

_____

¿Cuáles son las fortalezas de su hijo? _____

_____

_____

HISTORIA FAMILIAR

¿Hay una historia familiar de problemas de habla, lenguaje o aprendizaje? Sí___ No

En caso afirmativo, por favor describa el tipo de problema y quien tuvo el problema: _____

_____

_____

_____

_____

_____

HISTORIA DE LA GUARDERIA Y LA ESCUELA PREESCOLAR

Si su niño asiste **una guardería**, por favor responda lo siguiente:

Tipo: Publico _____ Privado _____ En casa _____ En la casa de un miembro de la familia _____

Nombre de la guardería: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Persona de contacto: _____

¿Cuántos días y horas asiste su hijo a la guardería? _____días a la semana, _____ horas al día

¿El cuidador de guardería ha expresado alguna preocupación acerca de su niño? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, por favor explíquelo: _____

_____

_____

Si su niño asiste **una escuela preescolar**, por favor responda lo siguiente:

Tipo: Publico _____ Privado _____ En casa _____

Nombre de la escuela preescolar: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Persona de contacto: _____

¿Cuántos días y horas asiste su hijo a la escuela preescolar? _____días a la semana, _____ horas al día

¿Los maestros de la escuela preescolar han expresado alguna preocupación acerca de su niño? Sí __ No

En caso afirmativo, por favor explíquelo: _____

_____

_____

¿Su hijo ha cambiado recientemente la guardería o escuela preescolar? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, por favor explíquelo: _____

_____

_____

¿Hay algo más que le gustaría que el equipo de evaluación para saber acerca de su niño o su familia?

_____

_____

_____

_____

_____

_____