

Distrito Escolar Primario de Chula Vista

VERIFICACIÓN DE DOMICILIO

De conformidad con el Título V del Código de Regulaciones de California (5CCR) sección 432(F)(2), los distritos escolares de California deben comprobar **anualmente** el domicilio del estudiante.

Para comprobar que se vive dentro del Distrito Escolar Primario de Chula Vista, debe presentarse **un** documento **actual** de la siguiente lista. Dicho documento debe mostrar **el nombre y la dirección** del padre, tutor, o de la persona encargada del niño y **debe tener fecha dentro de los 60 días anteriores al primer día de clases de su niño**. No se aceptan facturas vencidas para la verificación. Los apartados postales no son aceptables como domicilio.

Domicilio: _____

____ Estado de cuenta de hipoteca o talones de pago _____ Recibo de pago de impuestos sobre la propiedad

____ Estado de cuenta de asociación de colonos

____ Contrato de renta o arrendamiento de la propiedad, o recibo de pago de fecha reciente

____ Carta en papel con el membrete del edificio de departamentos, firmada por el encargado, donde se indica que el padre, tutor, o la persona encargada del niño vive allí

____ Cobro de: gas y electricidad _____ agua _____ drenaje _____ basura _____ cable

____ Cobro de teléfono (no celular) _____ Talón de nómina _____ Registro de votante

____ Correspondencia de una agencia de gobierno

Yo, _____ el padre, tutor, encargado del niño u otro*
(Nombre en letra de molde)

de _____ declaro bajo pena de perjurio que el estudiante
(Imprimir el nombre del alumno)

mencionado y su familia residen en la dirección que aparece en el documento indicado anteriormente y el cual se anexa. Entiendo que **si cambia el domicilio, yo debo notificar a la escuela dentro de dos semanas, presentar nuevo comprobante de domicilio y firmar un formulario actualizado**. Si me cambio fuera del distrito escolar, debo presentar un permiso de asistencia a otro distrito para solicitar que este estudiante continúe asistiendo a clases.

Advertencia: La falsificación de cualquier información o documento necesario para comprobar el domicilio, o el uso de la dirección de otra persona sin realmente vivir allí puede resultar en la revocación de la matriculación del estudiante.

Firma del padre, tutor, persona encargada del niño, otro*:

Fecha: _____

**otro" indica que las personas viven con otra familia, lo cual requiere un segundo formulario de verificación

SÓLO PARA USO DE LA ESCUELA :

El documento adjunto muestra el nombre y la dirección de la persona que inscribe al estudiante mencionado. Si no es el padre, se necesita presentar documentos de la corte para la tutela, documentos de colocación con padres adoptivos (*foster*), declaración jurada de la persona encargada del niño.

Firma del representante escolar: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde y firma

School Year

Child's last name

Child's first name

Teacher

Room #

Grade

**DISTRITO ESCOLAR PRIMARIO DE CHULA VISTA
TARJETA DE INFORMACION DEL ESTUDIANTE EN CASO DE DESASTRE**

Favor de Escribir con Letra de Imprenta

Escuela: _____ Maestro: _____

Nombre del Alumno(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____ Telefono: _____

Nombre de la Madre (o Tutora): _____ Telefono en el Dia: _____

Lugar donde Trabaja: _____

Nombre del Padre (o Tutor): _____ Telefono en el Dia: _____

Lugar donde Trabajo: _____

Personas otras que no sean los Padres (o Tutores) que puedan recoger a su niño(a):

1. _____ Telefono en el Dia: _____

2. _____ Telefono en el Dia: _____

3. _____ Telefono en el Dia: _____

Enumere cualquier problema de salud: _____

Enumere cualquier medicina que tenga que tomar regularmente: _____

Nombre de su Doctor: _____ Telefono: _____

Fecha: _____ Firma del Padre (o Tutor): _____

814108 (1-89)

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO A MENORES

PADRES DE FAMILIA: Esta forma firmada por ustedes da autorizacion para tratamiento medico de emergencia para un menor de edad si se llegara a necesitar. En caso que ustedes tuvieran que estar fuera de su casa, esta forma puede autorizar a la persona que este a cargo del cuidado de su niño/a para actuar por ustedes.

FAVOR DE USAR LETRA DE IMPRENTA

(Yo)(Nosotros), cuya firma aparece abajo, Padre(s) o Tutor(es) de _____

_____ un menor, por medio de esta autorizo a los empleados del Distrito Escolar Primario De Chula Vista o a cualquier hospital ubicado en el Condado de San Diego, o a ambos, para actuar como agentes del firmante, por anticipado y antes de establecerse diagnostico especifico a cualquier examen con rayos X, anestesia, diagnostico medico o quirurgico o tratamiento y hospitalizacion que sea aconsejable y que vaya a ser llevada a cabo bajo la supervision general o especial de un medico o cirujano autorizado bajo la Ley par Ejercer Medicina y que forma parte del personal medico de cualquier hospital del Condado del Condado de San Diego, siempre que tal diagnostico o tratamiento sea hecho en el consultorio del medico en cuestion o del hospital antes mencionado.

Esta autorizacion es dada de acuerdo con lo provisto en la Seccion 25.8 delCodigo Civil de California y debera permanecer en vigor hasta el fin del ano escolar en curso, a menos que sea anulada antes por escrito y entregada a los agentes antes citados.

Asimismo queda entendido que esta autorizacion es dada por anticipado y antes de establecerse diagnostico especifico, tratamiento u hospitalizacion que sean requeridos, y nosotros por este medio damos consentimiento para alguno o todos los diagnosticos, tratamientos u hospitalizacion que de acuerdo con el mejor criterio del medico o cirujano antes mencionado sea mas aconsejable. Entendemos que ni el Distrito Escolar Primario De Chula Vista, ni el medico, ni el cirujano, o el hospital asumen responsabilidad financiera alguna al llevar a cabo esta accion.

Padre (Tutor) (Escriba su Nombre con Letra de Imprenta) _____

Firma _____

Fecha de la Firma _____

Nombre del Seguro Medico: _____

Nombre de la Persona Asegurado: _____

Numero de la Poliza: _____ Numero de su Seguro Social: _____

Additional Information

Child's Name: _____

Best eMail address to reach you: _____

Child lives with:

Both Parents Mother Only Father Only Foster Parent

Caregiver Legal Guardian Mother/Stepfather Father/Stepmother

Ethnicity: (please check 1) Hispanic/Latino Not Hispanic/Latino

Race: (Mark primary with a "1" and indicate others if needed) African American Filipino Native American White

If Pacific Islander: Guamanian Hawaiian Samoan Tahitian Other

If Asian: Cambodian Chinese Indian Japanese Korean Laoatian Vietnamese Other

Información Adicional

Nombre del estudiante: _____

Correo electrónico: _____

Vive con:

Ambos padres Sólo con la madre Sólo con el padre Padres Foster

Tutor Legal Persona que lo cuida Madre/padrastro Padre/madrastra

Etnicidad: (escoja 1) Hispánica/Latina No Hispánica ni Latina

Raza: (Marque la principal con "1" marque otras si corresponde) Afro-Americana Filipina

Indígena Americana Blanca

Si es de las Islas del Pacífico: Guameña Hawaiana Samoana Tahitiana Otra

Si es Asiática: Camboyana China India Japonesa Coreana Laosiana Vietnamita Otra



DISTRITO DE ESCUELAS PRIMARIAS DE CHULA VISTA

ENCUESTA DEL IDIOMA DEL HOGAR

Nombre del estudiante: _____
(Apellido) (Primer nombre) (Segundo nombre)

Edad del estudiante: _____ Nivel de grado escolar: _____ Escuela: _____

Instrucciones para el padre o tutor:

El Código de Educación de California, sección 52164.3, contiene requisitos legales que obligan a las escuelas evaluar el dominio del idioma inglés de los estudiantes si se determina que el idioma, o los idiomas, que se hablan en el hogar no es inglés. Esta información es esencial para proporcionar el programa de instrucción, los servicios y el apoyo para el éxito estudiantil.

El proceso inicia al completar los padres la Encuesta del Idioma del Hogar. Esta encuesta se completa una sola vez para estudiantes en kindergarten transicional a doceavo grado en California. Si se completó anteriormente una Encuesta del Idioma del Hogar, las escuelas y los distritos respetarán la encuesta inicial que figura en el expediente.

La Encuesta del Idioma del Hogar nos ayuda a determinar el idioma, o idiomas, que se habla en el hogar de cada estudiante, además de determinar si se debe evaluar el dominio del inglés del alumno. Todos los estudiantes cuyo idioma principal no es el inglés y que obtienen una identificación de estudiante de California por primera vez, tomarán la prueba de suficiencia en el idioma inglés de California inicial (EPLAC por sus siglas en inglés). *El objetivo es proporcionar a los estudiantes que están aprendiendo inglés como segundo idioma el apoyo y los recursos oportunos para tener éxito en la escuela.*

Agradecemos su cooperación para completar con precisión la Encuesta del Idioma del Hogar para poder cumplir efectivamente con las necesidades de aprendizaje de su hijo. Responda a cada una de las cuatro preguntas a continuación con la mayor exactitud posible. Para cada pregunta, escriba el (los) nombres(s) de los idiomas correspondientes en el espacio provisto. Por favor no deje ninguna pregunta sin respuesta.

1. ¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar? _____
2. ¿Qué idioma habla su hijo con más frecuencia en casa? _____
3. ¿Qué idioma usa usted (padre o tutor) con más frecuencia cuando habla con su hijo? _____
4. ¿Qué idioma es el más hablado por los adultos en el hogar? (padres, tutores, abuelos u otros adultos) _____

Al firmar este formulario, entiendo que se puede evaluar a mi hijo para determinar el dominio del idioma inglés y proporcionar servicios que respalden el aprendizaje de mi hijo.

Nombre impreso del padre o tutor

Firma del padre o tutor

Fecha

¡Los archivos de vacunas están en el internet!

El Distrito Escolar Primario de Chula Vista utiliza el Registro de Vacunas de California (CAIR) para mantener los archivos de vacunas de muchos de sus alumnos. Por medio del registro de vacunas, el personal de la escuela de su hijo puede localizar fácilmente el archivo de vacunas cuando su hijo cambia de escuela, doctor, o durante un brote de enfermedad o desastre natural. Cuando el archivo de vacunas está en el CAIR, Ud. podrá verlo en el futuro después de inscribirse en el sitio del internet:

<http://www.sandiegoimmunizationregistry.org/mraccess/login.jsp>

El personal del Distrito Escolar Primario de Chula Vista registra los archivos de vacunas en el centro de datos, el cual es seguro y privado. Favor de regresar esta forma con una copia del archivo de vacunas de su hijo a la escuela.

Para más información, visite el sitio de Internet de SDIR:
www.sdiz.org/CAIR-SDIR/index.html o llame al SDIR al (619) 692-5656.

Favor de llenar toda la información descrita abajo. **Si necesita enviar archivos de vacunas adicionales, llene los formularios adicionales.**

Escriba en letra molde e incluya su teléfono en caso que tengamos alguna pregunta.

PADRE/TUTOR	ESTUDIANTE
Nombre:	Apellido:
Dirección:	Primer nombre:
Ciudad:	Fecha de nacimiento:
Código Postal:	Sexo: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino
<input type="checkbox"/> Correo electrónico:	Los datos abajo le ayudarán a localizar el archivo de vacunas en el futuro:
Teléfono:	
Parentesco con estudiante <input type="checkbox"/> Padre de familia <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otro [especifica]	<input type="checkbox"/> Apellido de soltera de la madre:
	<input type="checkbox"/> Número de archivo médico #
	Office use only <input type="checkbox"/> ENTERED In SDIR DATE: ___/___/___ STAFF INITIALS: _____
Firma de Padre/Tutor: _____	

El archivo de vacunas está compartido con programas de salud pública, proveedores de salud, escuelas, guarderías y otros programas con autorización que necesitan revisar el archivo de vacunas para inscripción.

Marque aquí si no quiere que el archivo de vacunas sea compartido. Iniciales: _____



DISTRITO ESCOLAR PRIMARIO DE CHULA VISTA

84 East J Street • Chula Vista • CA 91910

Teléfono (619) 425-9600 • Fax (619) 427-0463 • www.cvesd.org

AUTORIZACIÓN VOLUNTARIA PARA DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN

Para los padres de:	
Escuela:	Maestro:
Grado:	Fecha de nacimiento:

Ocasionalmente, el Distrito de Escuelas Primarias de Chula Vista (CVESD) tiene la oportunidad de participar en actividades publicitarias o de otra índole en las que aparecen sus estudiantes, escuela y/o programas. Por favor, lea y firma esta hoja para autorizar la participación de su niño tal como se describe a continuación. Indique su aceptación o rechazo marcando la casilla correspondiente.

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | AUTORIZO al Distrito para que reproduzca o duplique el trabajo de mi niño en múltiples medios de comunicación; incluso, pero sin limitarse a publicaciones impresas, electrónicas o en Internet como parte de cualquier evento, actividad o promoción del Distrito. |
| <input type="checkbox"/> | NO AUTORIZO al Distrito y/o agencias de medios a duplicar o reproducir el trabajo de mi niño como parte de cualquier evento, actividad o promoción del Distrito. |
| <input type="checkbox"/> | AUTORIZO al Distrito y/o agencias de medios de comunicación para que entrevisten, retraten, graben en video y/o publiquen información sobre mi niño en formatos de medios de comunicación; incluso, pero sin limitarse a publicaciones impresas, electrónicas o en Internet como parte de cualquier evento actividad o promoción del Distrito. |
| <input type="checkbox"/> | NO AUTORIZO al Distrito y/o agencias de medios de comunicación para que entrevisten, retraten, graben en video y/o publiquen información sobre mi niño como parte de cualquier evento, actividad o promoción del Distrito. Entiendo que esto significa que mi hijo no puede ser incluido en ningún evento, actividad o promoción del Distrito planeado específicamente para propósitos de publicación. |

Entiendo que mi hijo y yo no tendremos propiedad intelectual ni ningún otro derecho proveniente de la distribución de cualquier medio de comunicación en relación con mi hijo. En la medida en que algo de la información descrita represente un registro del estudiante bajo la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA) y/o el Código de Educación de California, autorizo a que se difunda dicha información en relación con mi hijo.

También estoy de acuerdo en librar de toda responsabilidad al Distrito contra todas las demandas, reclamaciones, daños, perjuicios y responsabilidades de todo tipo o naturaleza que surjan de cualquier medio de comunicación en relación con mi hijo.

Entiendo que puedo modificar mi(s) permiso(s) y/o retirar mi consentimiento en cualquier momento mediante aviso por escrito al Distrito. Asimismo, entiendo que esta difusión de información será válida solo para el año escolar en el que se presenta.

Por favor, llene este formulario y devuélvalo al maestro de su niño a la brevedad posible

YO, EL PADRE O TUTOR DEL NIÑO MENCIONADO ARRIBA, HE LEIDO LA INFORMACION ANTERIOR Y AUTORIZO LA DIFUSION DE SU INFORMACION, TRABAJO Y/O FOTOGRAFIAS SEGUN SE INDICA.

Nombre con letras de molde: _____ Parentesco con el niño: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____

Numero(s) de teléfono(s): _____ Correo electrónico: _____

Para más información, comuníquese con el director de su escuela o llame al Encargado de Comunicaciones del Distrito, teléfono (619) 425-9600 Ext. 1328



DATOS IMPORTANTES SOBRE SALUD

Favor de contestar este formulario primero.

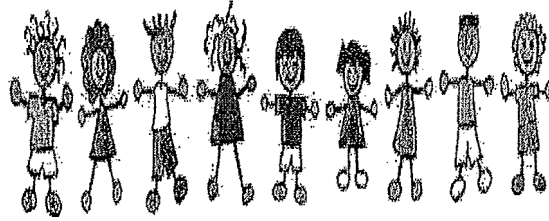
Nombre del estudiante:			Escuela en que se inscribe:
Apellido	Nombre	Inicial del 2º nombre	Grado en que se inscribe:
Nombre del padre o tutor:			Número de teléfono:

¿Necesitará su niño ayuda especial en la escuela debido a alguna de las siguientes razones?

- Sí No *medicamento para alergia Medicamento en caso de emergencia: _____
 El estudiante es muy alérgico a: _____
- Sí No *enfermedad de la sangre
 Sí No *cáncer (ha padecido)
 Sí No *sonda
 Sí No *diabetes
 Sí No *problema cardíaco (actual)
 Sí No *sonda intravenosa o un puerto
 Sí No *limitaciones médicas a las actividades físicas
 Sí No *convulsiones
 Sí No *dificultad para tragar
 Sí No *tubo de alimentación
 Sí No *usa pañales
 Sí No *se ensucia la ropa con orina o excremento
 Sí No *silla de ruedas
 Sí No asma
 Sí No necesita ayuda respiratoria, como máquina nebulizadora (Pulmo-Aide)
 Sí No artritis
 Sí No aparatos ortopédicos o prótesis (brazos, piernas)
 Sí No muletas
 Sí No ¿Requiere su niño medicamento constante? Nombre del medicamento _____
 ¿Toma medicina en casa? _____ ¿Debe dársele medicina en la escuela? _____
 Sí No ¿Tiene su niño otros problemas de salud? De ser así, sírvase explicar: _____

Si contestó 'sí' a cualquiera de los problemas de salud marcados con un asterisco (*), no se le permitirá a su niño ingresar a clases hasta que se consulte con la enfermera escolar. Favor de llenar y firmar un formulario HIPAA, disponible en la oficina escolar, si ha indicado 'sí' en alguno de los problemas de salud marcados con un asterisco (*).

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____ Firma de la enfermera escolar: _____



Cuestionario sobre el historial médico del niño

Nombre del niño/nia: _____ Masculino Femenino

Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la persona contestando el cuestionario: _____ Relación al niño: _____

Número de teléfono: Hogar () Celular () Trabajo ()

¿Hubo complicaciones durante el embarazo? Sí No

Si contestó sí, por favor describa:

Historia de nacimiento:

Duración del embarazo: _____ semanas peso: _____ lbs _____ oz

¿Fue cesárea? No Sí, razón por cesárea: _____

Condición del niño al nacer _____

Condición de la madre después del parto _____

¿Fue su hijo ingresado a NICU (cuidado Intensivo para infantes)? No Sí, Si contestó sí ¿Por cuánto tiempo estuvo su hijo en el hospital después del parto?

El/Ella necesitó: ___oxígeno ___alimentación por sonda ___tubo de respiración

Desarrollo del niño:

A que edad, su hijo/a empezó hacer lo siguiente? Por favor, indica con edad

_____ Voltear	_____ Parar solo	_____ Hablar por primera vez (que no sea mamá/papá)
_____ Sentar solo	_____ Caminar solo	_____ Bajar los escalones
_____ Gatear	_____ Subir los escalones	

¿El/Ella puede subir los escalones alternando los pies (un pie en cada escalón)? No Sí ¿Puede bajar alternando? No Sí

¿Es el niño amamantado? No Sí

¿El niño toma la botella? No Sí ¿Su hijo puede ir al baño solo? No Sí ¿A qué edad? _____

¿Su hijo puede comer solo usando un tenedor y cuchara? No Sí Si contestó sí, ___derramandola la comida ___sin
derramar la comida

Se ha diagnosticado o ha demostrado su hijo los siguientes problemas? Si contestó sí, por favor describa.

Caminar o correr con dificultad No Sí _____

Asma/respiración No Sí _____

Problema de alimentación No Sí _____

Bajo peso/Sobre peso No Sí _____

Problemas de sueño No Sí _____

ADHD/Autismo No Sí _____

Problemas de vista/audición No Sí _____

Diabetes No Sí _____

¿Se ha examinado a su hijo por un dentista o un higienista dental? No Sí ¿Encontraron algún problema dental? No Sí

Si contestó sí. ¿Se ha corregido el problema dental? (por ejemplo: rellenaron las caries) No Sí

¿Se cepilla los dientes de su hijo todos los días? No Sí, ¿Cuántas veces al día? _____

Historial médico:

¿Cómo describiría la salud actual de su hijo? (círcule uno) Pobre Aceptable Buena Excelente

¿Tiene alergias? No Sí, Si contestó sí, por favor describa: _____

¿Su hijo ha recibido un diagnóstico médico? No Sí, por favor describa

Por favor describa enfermedades de la Infancia or lesiones, indica con edad.

¿Hay algún antecedente familiar (ie: padres, hermanos, abuelos, primos) con problemas de aprendizaje, retraso en el habla o
trastornos genético? No Sí, por favor describa:

Por favor escriba cualquier información adicional que usted piense que sea importante para el salon o algo que no se ha
mencionado.

CHULA VISTA ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT
Departamento de Educación Especial y Servicios Estudiantiles y Apoyo de Instrucción

Cuestionario del Habla y Lenguaje Preescolar

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de la persona quien llenó el cuestionario (Por favor escriba en letra impresa): _____

¿Que parentesco tiene la persona que llenó el cuestionario con el estudiante?: _____

La información que sigue le dará a la terapeuta información importante sobre el habla y lenguaje, y dé las destrezas sociales de su hijo/a. Por favor, conteste las preguntas lo mejor posible.

1. ¿A que edad dijo su hijo/a sus primeras palabras?: _____
a. ¿Cuáles fueron las palabras?: _____
b. ¿Aproximadamente cuántas palabras tiene su hijo/a en su vocabulario? _____

2. ¿Su hijo/a dice lo siguiente?
- | | |
|---|---------|
| 1 palabra por frase (Ej: Agua.) | Sí / No |
| 2 palabras por frase (Ej: Quiero agua.) | Sí / No |
| 3 palabras por frase (Ej: Yo quiero agua.) | Sí / No |
| 4 o más palabras por frase (Ej: Quiero más agua por favor.) | Sí / No |

Por favor, dé dos ejemplos de las frases que usa su hijo/a:

1. _____
2. _____

3. ¿Su hijo/a puede contestar las siguientes preguntas?
- | | |
|-------------------------------------|---------|
| a. ¿Qué estás haciendo? | Sí / No |
| b. ¿Quién es? | Sí / No |
| c. ¿A dónde vas? (Ej: A mí cuarto.) | Sí / No |

4. ¿Su hijo/a hace preguntas? Sí / No
(Ej: ¿Qué es? ¿A dónde vamos? ¿Por qué?)

Por favor, dé dos ejemplos de las preguntas que hace su hijo/a:

1. _____
2. _____

5. ¿Su hijo/a sigue direcciones cuando las escucha sin tener que darle una señal o una clave? Por ejemplo:
- | | |
|---------------------------------------|---------|
| a. Ponlo en la basura. | Sí / No |
| b. Trae tus zapatos. | Sí / No |
| c. Agarra tu vaso y ponlo en la mesa. | Sí / No |

6. ¿Su hijo hace lo siguiente?:
- a. Babea Sí / No
 - b. Se pone objetos en la boca Sí / No
 - c. Se chupa el dedo o los dedos Sí / No
 - d. Usa un chupón Sí / No
 - e. Usa una taza entrenadora ("Sippy cup") Sí / No

7. ¿Su hijo/a tartamudea (repite sonidos, sílabas, palabras o frases)? Sí / No
 Si contestó sí, ¿Cuánto tiempo tiene tartamudeando? _____
 ¿Cuándo lo nota que ocurre? _____

8. ¿Tiene preocupaciones sobre la voz de su hijo/a? Sí / No
(Ej: Su voz es rasposa; se oye como si estuviera resfriado; o se oye como si le saliera aire de la nariz)
 Si contestó sí, por favor describa sus observaciones: _____

9. Su hijo/a pronuncia los siguientes sonidos (al principio, en medio o al final de la palabra):
Si contesta no, por favor dé un ejemplo de lo que dice su hijo/a.

- | | | |
|--|---------|----------------|
| /m/ (mama, cama) | Sí / No | Ejemplo: _____ |
| /n/ (no, mano, pan) | Sí / No | Ejemplo: _____ |
| /b/ (bebe, supe) | Sí / No | Ejemplo: _____ |
| /p/ (pele, papá) | Sí / No | Ejemplo: _____ |
| /d/ (dame, dedo, pared) | Sí / No | Ejemplo: _____ |
| /t/ (tía, gato) | Sí / No | Ejemplo: _____ |
| /g/ (gana, juego) | Sí / No | Ejemplo: _____ |
| /k/ (el sonido "c" fuerte: cono, toca) | Sí / No | Ejemplo: _____ |
| /v/ o /b/ (vamos, sabe) | Sí / No | Ejemplo: _____ |
| /f/ (foca, café) | Sí / No | Ejemplo: _____ |
| /w/ o "gu" (guante, agua) | Sí / No | Ejemplo: _____ |
| /ñ/ (niño) | Sí / No | Ejemplo: _____ |
| /y/ o "ll" (ya, llama, tuyo) | Sí / No | Ejemplo: _____ |
| /s/ (sí, mesa, uvas) | Sí / No | Ejemplo: _____ |
| /l/ (luna, pelo, papel) | Sí / No | Ejemplo: _____ |

10. ¿Cuanto le entiende usted lo que dice su hijo/a? Todo _____, La mitad _____, Un poco _____, Nada _____, _____%

11. ¿Su hijo/a hace lo siguiente?:
- a. Usualmente mira a los ojos de las personas con quien está jugando o hablando Sí / No
 - b. Responde cuando lo saluda un niño o un adulto Sí / No
 - c. Participa en varias actividades aunque no sean sus preferidas Sí / No
 - d. Mantiene el tema de la conversación Sí / No

12. ¿Su hijo/a reacciona bien a los cambios en su rutina? Sí / No
13. ¿Su hijo/a tiene la oportunidad de jugar con otros niños (además de sus hermanos o primos)? Sí / No
 Sí contestó sí, ¿en dónde juegan? _____
14. Cuando está entre otros niños, mi hijo/a:
- a. Prefiere jugar solo/a Sí / No
 - b. Juega en seguida o cerca de otros niños Sí / No
 - c. Juega juegos que requieren que tome turnos Sí / No
(Ej.: Jugando con una pelota, construyendo juntos una torre de bloques, etc.)
15. ¿Le han evaluado a su hijo/a la audición (como escucha) y la vista en los últimos 6 meses? Sí / No
 Sí respondió sí, ¿salleron normales los resultados? Sí / No
 Sí respondió no, ¿tiene usted alguna preocupación sobre la audición o la vista de su hijo/a? Sí / No
16. ¿Ha tenido su hijo/a infecciones de los oídos? Sí / No
 ¿Cuántas? _____
17. ¿Su hijo/a ha tenido alguno de los siguientes?:
- a. Sinusitis/infección Sí / No
 - b. Inflamación de las anginas Sí / No
 - c. Alergias Sí / No
 - d. Asma Sí / No
18. ¿Ha tenido anteriormente su hijo/a una evaluación del habla y lenguaje? Sí / No
 Si contestó sí, ¿cuándo fue y en dónde? _____
19. ¿Cuáles son sus preocupaciones?
- _____
- _____
- _____
- _____

 Firma

 Fecha de hoy

[Gracias!]