



**CUESTIONARIO PARA PADRES O CUIDADORES**

Nombre legal completo del niño: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  M  F

¿Quién tiene la custodia legal de este niño? \_\_\_\_\_ Nombre del trabajador social (si está bajo la custodia de los OCS):  
\_\_\_\_\_

¿Hay alguna orden judicial en vigor para su hijo? (custodia, protección, etc.)  Sí  No

Si la respuesta es sí, asegúrese de entregar una copia al equipo de evaluación del EISC antes de su primera cita.

Nombres y edades de los otros niños que viven en el hogar: \_\_\_\_\_

**Información del Padre # 1**

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Parentesco con el niño: \_\_\_\_\_

Tel. casa: \_\_\_\_\_ Tel. trabajo: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Dirección de correo: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ ¿Vive con el niño?  Sí  No

**Información del Padre # 2**

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Parentesco con el niño: \_\_\_\_\_

Tel. casa: \_\_\_\_\_ Tel. trabajo: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Dirección de correo: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ ¿Vive con el niño?  Sí  No

¿En qué idioma se le habla más a su niño? \_\_\_\_\_ ¿Quién le habla? \_\_\_\_\_

¿Se hablan otros idiomas en casa? \_\_\_\_\_ ¿Quién los habla? \_\_\_\_\_

**Raza o etnia del niño (marque todas las que correspondan):**

Blanca  Negra  Hispana  Asiática  Indio estadounidense  Nativo de Alaska  Nativo de Hawai  Isleño del Pacífico

Nombre y dirección de la guardería o Centro Preescolar  
\_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró acerca de nuestros servicios?

---

¿Cuáles son las preocupaciones principales que tiene respecto a su hijo?

---

---

Por favor, indique a continuación cualquier servicio que su hijo haya recibido:

Tipos de terapia o servicios

Fechas

Nombre del terapeuta/Maestro

---

---

---

### **Información sobre Desarrollo y Aprendizaje**

**Motricidad gruesa:** Movimientos de los músculos grandes, como para desplazarse, caminar y correr.

Por favor, marque las casillas si su hijo puede hacer esto la **mayor parte del tiempo**.

Camina de forma independiente

Usa los equipos del parque infantil

Sube y baja las escaleras

Muestra conciencia de su seguridad/peligro (Si no es así, explique):

Lanza un objeto por encima de la cabeza

Corre sin caerse

Salta en su lugar

**¿Hay algo que debemos saber sobre la motricidad gruesa de su hijo?**

---

---

**Motricidad fina:** Utilización de las manos para actividades

Por favor, marque las casillas si su hijo puede hacer esto la **mayor parte del tiempo**.

Deposita objetos en recipientes

Hace garabatos con lápices o marcadores de colores

Utiliza las dos manos juntas para realizar actividades

Dibuja líneas y círculos

(ejemplo: ensartar cuentas o quitar las tapas de marcadores)

Pasa las páginas de un libro (una página a la vez)

Desenrosca las tapas de los recipientes

Exprime objetos como pelotas pequeñas, plastilina, etc.

**¿Hay algo que debemos saber sobre la motricidad fina de su hijo?**

---

---

**Habilidad Cognitiva:** Habilidades de pensamiento y aprendizaje temprano

Por favor, marque las casillas si su hijo puede hacer esto la **mayor parte del tiempo**.

Nombra objetos e imágenes de objetos

Pone atención a historias cortas

Dice su primer nombre

Nombra los colores

Señala las partes del cuerpo

Cuenta del 1 al 3

Canta canciones conocidas

Indica lo que quiere con gestos y verbalmente

Nombra formas geométricas comunes

**¿Hay algo que debemos saber sobre las habilidades cognitivas de su hijo?**

---

---

**Autoayuda:** Comer, vestirse, ir al baño

Por favor, marque las casillas si su hijo puede hacer esto la **mayor parte del tiempo**.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mastica y traga alimentos sin atragantarse. | <input type="checkbox"/> Usa una cuchara y un tenedor            |
| <input type="checkbox"/> Se quita la ropa fácil de quitarse          | <input type="checkbox"/> Está entrenándose en el uso del inodoro |
| <input type="checkbox"/> Usa un vaso normal independientemente       | <input type="checkbox"/> Ya sabe usar del inodoro                |
| <input type="checkbox"/> Se pone la ropa fácil de ponerse            |  |

**¿Hay algo que debemos saber sobre las habilidades de autoayuda de tu hijo?**

---

---

**Habilidad social, emocional y de conducta**

Por favor, marque las casillas si su hijo puede hacer esto la **mayor parte del tiempo**.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sabe compartir                | <input type="checkbox"/> Puede calmarse o tranquilizarse solo si está molesto |
| <input type="checkbox"/> Toma turnos                   | <input type="checkbox"/> Juega junto a otros niños                            |
| <input type="checkbox"/> Sigue instrucciones sencillas | <input type="checkbox"/> Juega con otros niños                                |
| <input type="checkbox"/> Juega a fingir o hacer creer  | <input type="checkbox"/> Puede expresar su frustración o enojo con palabras   |

**¿Hay algo que debemos saber sobre las habilidades sociales, emocionales, la personalidad y la conducta de su hijo?**

---

---

**Comunicación:**

¿Le parece que su hijo tiene un problema del habla?  Sí  No

**Si responde sí, por favor descríballo:**

---

---

¿Qué porcentaje del habla de su hijo entiende usted? \_\_\_\_\_

¿Cuánto entienden los demás cuando su hijo habla? \_\_\_\_\_

¿Se ve afectado el comportamiento de su hijo por los problemas de comunicación?  Sí  No

Marque si su hijo hace alguna de las siguientes cosas:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Repite sonidos, palabras o frases, una y otra vez.                    | <input type="checkbox"/> Se comunica con gestos, señalando, o con lenguaje de signos |
| <input type="checkbox"/> Entiende lo que usted le está diciendo                                | <input type="checkbox"/> Se comunica con sonidos (vocales, gruñidos)                 |
| <input type="checkbox"/> Responde correctamente a preguntas de sí y no.                        | <input type="checkbox"/> Se comunica con palabras solas (zapato, perrito, arriba)    |
| <input type="checkbox"/> Responde correctamente a las preguntas de quién, qué, dónde y por qué | <input type="checkbox"/> Se comunica utilizando frases de 2 a 4 palabras             |
| <input type="checkbox"/> Se comunica con el lenguaje corporal                                  | <input type="checkbox"/> Se comunica utilizando frases de más de cuatro palabras     |

**¿Hay algo que debemos saber sobre las habilidades comunicativas de su hijo?**

---

---

Nombre de la persona que llenó este formulario \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Adjunte la copia del certificado de nacimiento de su hijo al formulario y envíelos por email, fax o correo regular a:**  
**EISC@asdk12.org, Fax: (907)742-2660, 5530 E. Northern Lights Blvd., Anchorage AK 99504**