



Distrito Escolar del Condado de Osceola
Programa de Evaluación Preescolar (PEEP)
Formulario de Información



Fecha de aplicación: _____

Información Demográfica:

Nombre Legal del Niño(a): _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Referido por: ☐ Parte C ☐ 4C ☐ ELC ☐ Comunidad

Dirección: _____ Apartamento: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Etnicidad: (por favor seleccione **una**) ☐ Hispano/Latino ☐ No Hispano/No Latino

Raza: (marque **todas** las que correspondan)

☐ Blanco

☐ Negro/Afroamericano

☐ Asiático

☐ Nativo de Hawái/otras islas

☐ Pacífico Indio americano/nativo de Alaska

¿Se usa otro idioma además del inglés en el hogar? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿Qué idioma? _____

¿Cuál es el idioma preferido del niño/a para la comunicación expresiva? _____

Padre #1 Nombre: _____ Padre #2 Nombre: _____

Número de teléfono: _____ Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico del padre #1: _____ Dirección de correo electrónico del padre #2: _____

¿Quién tiene la custodia legal del niño? ☐ ambos padres ☐ madre ☐ padre ☐ otro _____

¿Su hijo tiene un tutor? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo(a) está en el programa de crianza del estado? ☐ Sí ☐ No

Hermanos: ☐ N/A

¿Cuántos?: _____ Edades: _____

¿Su hijo(a) ¿Completó algún tipo de programa de terapia, si es así, cual(es)? _____

Servicios de Terapia actuales o previos: ☐ no terapias previas

☐ Terapia de Lenguaje/Habla Veces por semana: _____ Proveedor: _____

☐ Terapia Ocupacional Veces por semana: _____ Proveedor: _____

☐ Terapia Física Veces por semana: _____ Proveedor: _____

☐ Terapia Motriz/Oral Veces por semana: _____ Proveedor: _____

☐ Terapia de Conducta (ABA) Veces por semana: _____ Proveedor: _____

☐ Intervención Temprana Veces por semana: _____ Proveedor: _____



Distrito Escolar del Condado de Osceola
Programa de Evaluación Preescolar (PEEP)
Formulario de Información



Antecedentes médicos:

Su hijo(a) es adoptado(a)? ☐ Sí ☐ No Si marco si, a que edad _____

¿El niño(a) obtuvo cuidado prenatal durante el primer trimestre?

☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro(a)

El feto fue expuesto a los siguiente: ☐ alcohol ☐ tabaco ☐ medicamentos ☐ drogas ☐ trauma ☐ otro

Gestación: ☐ término completo _____ semanas ☐ prematuro _____ semanas ☐ postérmino _____ semanas

Peso: _____ libras _____ onzas Parto: ☐ natural ☐ cesárea

Duración de la estancia hospitalaria _____ Duración de la estadía en NICU: _____

Describa cualquier enfermedad, complicación y/u hospitalización durante el embarazo/parto:

☐ parto múltiple ☐ oxígeno requerido al nacer ☐ cordón alrededor del cuello ☐ ictericia

☐ aspiración de meconio ☐ lesión de nacimiento ☐ convulsiones ☐ parálisis cerebral ☐ autismo

☐ trastorno por déficit de atención (ADHD/ADD) ☐ Infecciones crónicas del oído

☐ tubos de PE ☐ síndrome(s) _____ ☐ cirugías _____

☐ alergias: _____ ☐ traumas en la cabeza _____ ☐ accidente(s): _____

otro: _____

Medicamentos: _____

Existe historial familiar de: ☐ educación especial ☐ enfermedades mentales ☐ autismo

☐ problemas de aprendizaje ☐ n/a ☐ problemas de conducta

☐ antecedentes médicos significativos ☐ otro _____

Visión/Audición:

¿Le preocupa la audición de su hijo (a)? ☐ Sí ☐ No

¿A su hijo le han diagnosticado problemas de visión o audición? ☐ Sí ☐ No

Explique: _____

Fecha de la prueba de audición más reciente: _____

Resultados: ☐ aprobado ☐ no pasó

Preocupaciones: _____

¿Su hijo usa audífonos? ☐ Sí ☐ No ¿Su hijo(a) es seguido por un otorrinolaringólogo? ☐ Sí ☐ No

Fecha del examen de la vista más reciente: _____

Resultados: ☐ aprobado ☐ no aprobado

¿Su hijo usa anteojos? ☐ Sí ☐ No

Etapas del Desarrollo

Por favor, indique en **meses** cuándo su hijo dominó las siguientes habilidades:

se sentó solo(a) _____ arrastró/ _____ caminó _____ entrenó para ir al _____ dijo su primera palabra _____ combinó palabras _____
_____ gateo _____ baño _____



Distrito Escolar del Condado de Osceola
Programa de Evaluación Preescolar (PEEP)
Formulario de Información



Cuál es su preocupación primaria? _____

Tiene preocupaciones (o algún profesional le ha hablado sobre) alguno de estos (marque todas las que apliquen):

- ☐ ADD/ADHD ☐ autismo ☐ sensorial ☐ comportamiento ☐ ansiedad
☐ problemas de aprendizaje ☐ comunicación ☐ retrasos en el desarrollo

Preocupaciones de autoayuda: ☐ No hay preocupaciones

- ☐ seguridad ☐ alimentación ☐ dificultad para ir al baño ☐ sin miedo ☐ sale corriendo
☐ requiere constante supervisión

Comentarios adicionales: _____

Preocupaciones personales/sociales: ☐ No hay preocupaciones

- ☐ ignora el nombre cuando se le llama ☐ prefiere jugar solo ☐ se resiste a que lo sostengan o lo toquen
☐ agarra/quita juguetes de otros ☐ es agresivo(a) ☐ le molestan por los cambios en las rutinas
☐ exige atención ☐ berrinches/crisis frecuentes frustrados ☐ desafiante/se niega a cooperar
☐ dificultad mantener las manos y los pies quietos ☐ no socializa con otros niños

Comentarios adicionales: _____

Problemas motrices/movilidad: ☐ No hay preocupaciones

- ☐ No camina Si no camina, ¿cuál es el modo de movilidad? ☐ rodando ☐ arrastrándose ☐ deslizándose
☐ Caídas a menudo ☐ torpes ☐ camina repetidamente ☐ con los pies sobre los neumáticos con facilidad
¿Su hijo tiene algún equipo de adaptación? ☐ No ☐ andador ☐ aparatos ortopédicos para sillas de ruedas
☐ férulas para las manos ☐ casco

Comentarios adicionales: _____

Preocupaciones sobre el aprendizaje: ☐ No hay preocupaciones

- ☐ Atención corta ☐ interés selectivo en los juguetes ☐ se distrae fácilmente con actividades académicas
☐ Dificultad en el preescolar o la guardería ☐ Dificultad para seguir instrucciones ☐ Dificultad para responder preguntas básicas

Comentarios adicionales: _____

Problemas de comunicación: ☐ No hay preocupaciones

- ☐ No habla ☐ habló y luego no continuó ☐ difícil de entender
☐ repite lo que otros dicen ☐ repite frases de televisión o videojuegos

Modo primario de comunicación: ☐ oraciones ☐ palabras simples ☐ jerga ☐ señalando ☐ guiando

Comentarios adicionales: _____



Distrito Escolar del Condado de Osceola
Programa de Evaluación Preescolar (PEEP)
Formulario de Información



Preocupaciones sensoriales: ☐ No hay preocupaciones

- ☐ aleteo de manos ☐ dificultad para sentarse ☐ se pone objetos en la boca ☐ acciones repetitivas
☐ le molestan los ruidos fuertes ☐ camina de puntillas ☐ alinea juguetes ☐ límites sociales deficientes
☐ movimiento frecuente ☐ intereses restringidos ☐ límites sociales pobres ☐ contacto visual pobre

Comentarios adicionales: _____

Experiencia en preescolar/cuidado de niños:

¿Su hijo(a) asiste actualmente a: ☐ Sí ☐ No

- ☐ cuido preescolar ☐ cuidado de niños en un hogar ☐ VPK ☐ Early Head Start ☐ Head Start

Nombre del preescolar/guardería: _____

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

¿Alguna vez su hijo(a) ha sido expulsado(a) de un preescolar o guardería debido a problemas de comportamiento? ☐ Sí ☐ No

Describe a su hijo/a:

Fortalezas de su hijo/a (cosas que el niño/a hace bien):

Las actividades preferidas de su hijo/a:
