



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



**Información Demográfica:**

Nombre Legal del Niño(a): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino

Dirección: \_\_\_\_\_ Apartamento: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Categoría Étnica Federal: (por favor seleccione **una**)  Hispano/Latino  No Hispano/No Latino

Categoría de Raza Federal: (marque **todas** las que correspondan)

Blanco  Negro/Afroamericano  Asiático

Nativo de Hawái/otras islas  Pacífico Indio americano/nativo de Alaska

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: \_\_\_\_\_

vive con el niño(a)  vive con el niño(a)  
 ¿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

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

¿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  prematuro \_\_\_\_\_ semanas  postérmino \_\_\_\_\_ semanas

Peso: \_\_\_\_\_ libras \_\_\_\_\_ onzas Parto:  natural  cesárea

Duración de la estancia hospitalaria \_\_\_\_\_ Duración de la estadía en NICU: \_\_\_\_\_

Describe 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

Comentarios adicionales:

---

---

---



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



**Formulario de Información**

**Etapas del Desarrollo**

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

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

**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     entrenamiento     para ir al baño     sin miedo     sale corriendo

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

**Preocupaciones personales/sociales:**  No hay preocupaciones

- contacto visual pobre     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: \_\_\_\_\_



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



**Formulario de Información**

**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: \_\_\_\_\_

**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

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

**Experiencia en preescolar/cuidado de niños:**

¿Su hijo(a) asiste actualmente a:

- cuidado de niños  en edad preescolar  cuidado de niños  en el 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

Describa:

---

---

---



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



**Encuesta sobre el Idioma del Hogar**

1. ¿Se utiliza un idioma que no sea el inglés en el hogar? \_\_\_\_\_
2. ¿Tenía el estudiante un primer idioma que no fuera el inglés? \_\_\_\_\_
3. ¿El estudiante habla con mayor frecuencia un idioma que no sea inglés?  
\_\_\_\_\_
4. ¿Cuál es el idioma que se habla con más frecuencia en casa? \_\_\_\_\_
5. ¿Cuál es el país de origen del estudiante? \_\_\_\_\_
6. ¿Qué idioma hablas con más frecuencia con tu hijo/a?  
(Padre) \_\_\_\_\_  
(Madre) \_\_\_\_\_
7. Describa el idioma que entiende su hijo. (Marque solo uno)
  - A. Entiende solo el idioma del hogar y nada de inglés
  - B. Entiende principalmente el idioma del hogar y algo de inglés.
  - C. Entiende el idioma del hogar y el inglés por igual.
  - D. Entiende principalmente inglés y parte del idioma materno.
  - E. Solo entiende inglés.
8. Si está disponible, ¿en qué idioma preferiría recibir la comunicación de la escuela? \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_