

**Escuelas públicas del anfiteatro
Departamento de Servicios
Estudiantiles**

Cribado Preescolar

Esto es para confirmar la cita programada para usted y su hijo.

El nombre del niño:

Fecha de la reunión:

Hora:

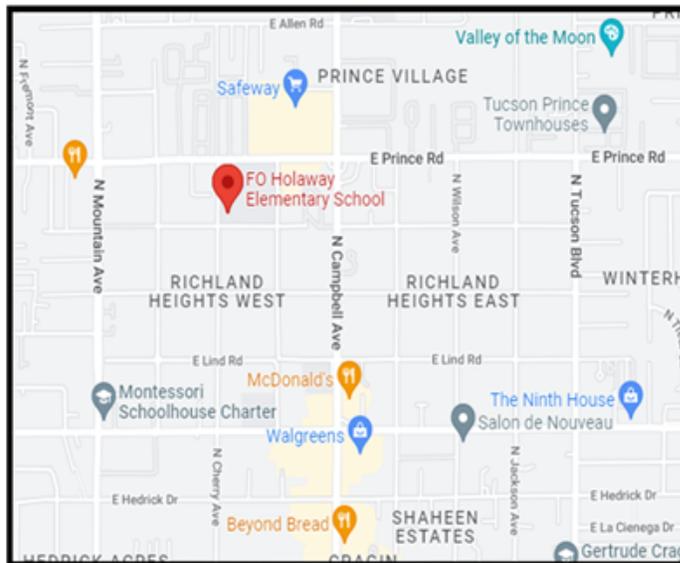
☐ Favor de traer los documentos adjuntos llenados junto con el Certificado de Nacimiento de su Hijo, Registros de Vacunas y Documento de Prueba de Residencia.

Ejemplos de documentos de prueba de residencia aceptables son:

- Licencia de conducir con dirección física actual
- Papeles hipotecarios/ de su domicilio de casa
- Contrato de arrendamiento / alquiler
- Factura de servicios públicos: gas, agua o electricidad
- **Residencia compartida: si el padre / tutor vive con un pariente o amigo y no puede proporcionar un documento de la lista, hay otra forma de probar la residencia; comuníquese con la oficina para obtener instrucciones.**

Las citas presenciales se llevarán a cabo en la siguiente dirección:

**F.O. HOLAWAY ELEMENTARY
3500 N Cherry Ave, Tucson, AZ 85719**



El equipo espera poder reunirse con usted. Si tiene alguna pregunta o necesita cancelar / reprogramar, llame al (520) 696-6860.

Educación Especial Preescolar de Amphitheater



Exámenes preescolares gratuitos @ Child Find

Los servicios Child Find están disponibles para todos los residentes que viven dentro del área de asistencia de las Escuelas Públicas de Amphitheater.

Solicitudes de Información y Evaluación de Educación Especial Preescolar
(520) 696-6860

¿Qué es Child Find?

Evaluación para localizar e identificar a niños en edad preescolar con discapacidades que necesitan servicios de educación especial.

¿Quién es elegible para la detección/evaluación?

Niños entre las edades de 2 años, 9 meses y 5 años (antes del 1 de septiembre del año escolar actual) de edad, que residen dentro de los límites del distrito escolar de Amphitheater.

No hay costo por este servicio.

¿Por qué examinar y evaluar a los niños en edad preescolar?

Cuando los desafíos del desarrollo del aprendizaje se identifican a una edad temprana, la intervención temprana y las terapias pueden mejorar significativamente el desarrollo general del niño y su preparación para el jardín de infantes.

A que prestarle atención:

Los niños que muestren dificultades significativas de desarrollo en cualquiera de las siguientes áreas pueden ser elegibles:

- Hablar/comprender el idioma
- Visión o audición
- Habilidades de autoayuda
- Comportamiento/habilidades sociales
- Cognición/pre-académicos
- Habilidades físicas: manipular objetos pequeños/dibujar/pre-escribir, caminar/correr/equilibrio

Cómo programar una proyección:

llame al (520) 696-6860. Se tomará una breve admisión por teléfono y se programará una cita de evaluación dentro de los 30 días. Las evaluaciones se realizan aproximadamente dos veces al mes los miércoles de 8:00 a. m. a 2:30 p. m.

¿Qué sucede en la cita de evaluación?

- La cita de evaluación dura aproximadamente 1 hora.
- Un audiólogo revisará la audición de su hijo.
- Un evaluador de la vista certificado revisará la visión de su hijo.
- Los miembros del equipo evaluarán brevemente a su hijo en todas las áreas de desarrollo, que incluyen habla/lenguaje, cognitiva/preacadémica, física (motricidad gruesa/fina), adaptativa (autoayuda) y social/conductual.
- Un miembro del equipo compartirá los resultados de la evaluación.
- Si es necesaria una evaluación adicional, se programará una cita para una evaluación integral multidisciplinaria del desarrollo, que puede incluir un patólogo del habla/lenguaje, un psicólogo preescolar, un maestro de educación especial preescolar, un terapeuta ocupacional y/o un fisioterapeuta u otros profesionales, según sea necesario. .

¿Qué pasa si mi hijo tiene menos de 3 años?

Si tiene inquietudes sobre un niño que tiene entre el nacimiento y los 2 años y 9 meses de edad, comuníquese con el [Programa de intervención temprana de Arizona](#) al (520) 325-6495 o al (877) 222-5432.

Formulario de Cribado

Alumno:

Permiso para Cribado

Fecha de nacimiento:

Tipo de proyección: _____

Su hijo está siendo referido para un cribado individual para ayudar en la planificación de un programa de instrucción y como parte de la consideración de elegibilidad para educación especial.

El cribado que estamos proponiendo puede incluir una variedad de pruebas y métodos de detección. Estos pueden incluir pruebas individuales de audición y visión, motricidad fina y gruesa, cognitivas (preacadémicas y de aprendizaje), del habla/lenguaje, sociales/emocionales/conductuales y adaptativas (autoayuda).

Si tiene preguntas, comuníquese con el asistente del coordinador que se detalla a continuación:

Asistente de coordinador

Número de teléfono y correo electrónico

He sido completamente informado de toda la información relevante para el cribado propuesta y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el cribado propuesta. Entiendo que toda la información recopilada es confidencial. Entiendo que mi consentimiento es voluntario y puedo retirar este consentimiento en cualquier momento. Entiendo que este cribado se programará dentro de los 45 días posteriores a la firma, luego de la devolución de este documento.

Mi firma a continuación autoriza, o se niega a autorizar, al personal del distrito a realizar un cribado individual:

AUTORIZAR

Autorizo un cribado individual:

Firma del padre/tutor o *sustituto: _____ Fecha: _____

NEGARSE A AUTORIZAR

Me niego a autorizar un cribado individual:

Firma del padre/tutor o *sustituto: _____ Fecha: _____

* *El sustituto debe adjuntar una copia del documento judicial*

**** Por favor, complete este formulario para el proceso de exámenes/evaluaciones de desarrollo. Esta información será tratada de forma confidencial y no será divulgada sin su permiso por escrito.**

Distrito Escolar Amphitheater
 Servicios al estudiante / Educación especial preescolar
 Rillito Center
 266 E. Pastime Road, Tucson AZ 85705

HISTORIAL DE DESARROLLO PRE-ESCOLAR /HISTORIAL DE SALUD

Nombre del hijo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____
(mes en letras)

Origen étnico: _____ Preescolar actual/guardería: _____ Fecha de hoy: _____

Persona que completa el formulario: _____ Firma: _____

Correo electrónico: _____ @ _____
(en letra de molde por favor)

Domicilio: _____
(número de casa) (calle) (número de departamento) (ciudad) (estado) (código postal)

Teléfono: (_____) _____ Teléfono celular (_____) _____

Idioma principal en el hogar: _____ Idioma usado por el hijo: _____ Otros idiomas: _____

En este momento, ¿cuáles son sus preocupaciones principales sobre el desarrollo de su hijo? _____

¿Quién lo refirió a nosotros? yo mismo/padre(s) pediatra/otro proveedor médico coordinador de servicios AzEIP/DDD
preescolar/guardería Head Start otro/especifique _____

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Miembros de la familia viviendo en el hogar	Edad	Relación con su hijo (padre/tutor/abuelos/ padres acogedores/hermanos/ medio hermanos/hermanastro)	Educación grado más alto completado	Profesión actual/ocupación
Miembros de la familia no viviendo en el hogar				

1. Este hijo es: biológico adoptado acogido Si es adoptado o acogido provea la fecha de adopción/colocación _____

2. Si es hijo de crianza, quien tiene la custodia del hijo? DCS un familiar entidad tribal
3. Estado civil de los padres: casados separados divorciados nunca se han casado
Si están separados/divorciados, ¿qué edad tenía su hijo en ese momento: _____
4. Si están separados o divorciados, la custodia del hijo es: exclusiva compartida
(Si la custodia es exclusiva se le podría pedir proporcionar documentos legales)
5. ¿Tiene el otro padre derechos de visita con su hijo? Sí No En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? diaria semanal mensual
6. ¿Hay una orden de no-contacto contra alguien? padre madre otro _____
7. ¿Ha vivido su hijo en otras ciudades/estados/paises? Sí No En caso afirmativo, explique _____
8. Indique si algún miembro de la familia biológica inmediata de su hijo (padres/hermanos) han experimentado cualquiera de los siguientes problemas: de aprendizaje problemas de salud mental de comportamiento neuroológicos de otro tipo (explique):

<u>Miembro de la familia</u>	<u>Miembro de la familia</u>
<input type="checkbox"/> autismo	<input type="checkbox"/> parálisis cerebral
<input type="checkbox"/> Síndrome de Asperger	<input type="checkbox"/> Síndrome de Tourette
<input type="checkbox"/> trastorno del habla	<input type="checkbox"/> depresión
<input type="checkbox"/> discapacidad de aprendizaje	<input type="checkbox"/> esquizofrenia
<input type="checkbox"/> trastorno cognitivo	<input type="checkbox"/> trastorno obsesivo/compulsivo
<input type="checkbox"/> convulsiones (epilepsia)	<input type="checkbox"/> trastorno de integración sensorial....
<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> discapacidad visual/auditiva
<input type="checkbox"/> ADHD	<input type="checkbox"/> Otro
(Trastorno Hiperactividad con Déficit de Atención)	(especifique la condición y el miembro de la familia)
<input type="checkbox"/> adicción a drogas/alcohol	

HISTORIAL PRENATAL / DE NACIMIENTO / DE LA NIÑEZ

1. Indique si hubo alguna de las siguientes situaciones durante el embarazo de la madre (marque todas las que correspondan):
 - cuidado prenatal limitado/ninguno enfermedades/complicaciones (explique) _____
 - defectos de nacimiento diagnosticados en el útero (explique) _____
 - uso de: alcohol cigarrillos otras drogas (explique) _____
 - medicamentos durante el embarazo (explique) _____
2. ¿Fue su hijo prematuro? Sí No En caso afirmativo, ¿de cuántas semanas de gestación nació? _____
3. Su parto fue: vaginal cesárea fórceps extracción por vacío
4. Peso del bebé al nacer: _____
5. Duración de la estancia en el hospital: _____
6. ¿Pasó su hijo la evaluación prenatal de audición? Sí No
7. Indique si algunas de las siguientes situaciones ocurrieron durante o después del nacimiento (explique):
 - falta de oxígeno ictericia (requiere tratamiento con bilirrubina) alimentación/problemas de succión
 - problemas con el cordón umbilical convulsiones infantiles tubo de alimentación
 - ritmo cardiaco lento cuidado intensivo neonatal/por cuántos días _____
 - incubación ventilación
 - Otro (explique cualquier otra dificultad médica y/o cirugías al nacer o durante la hospitalización, incluyendo defectos de nacimiento diagnosticados al nacer): _____
8. Marque si alguna de las siguientes situaciones sucedió durante la infancia de su hijo (menor de un año de edad):
 - dificultad lactando/tomando de un biberón dificultad en aumentar de peso haciendo gorgoritos o balbuceando
 - dificultad con comida de bebé/comida sólida fracaso desarrollándose ausencia de gesticulación (señalar/agarrar)
 - reflujo gástrico diarrea falta de contacto visual con el cuidador
 - cólicos/irritabilidad excesiva/remilgos dificultad para dormir tortícolis
 - plagiocefalia posicional (uso de casco protector) problemas motores (dificultad sentándose/volteándose/gateando/caminando/agarrando objetos)
 - otro (describa): _____

ALCANCE DE METAS DEL DESARROLLO

Marque N/A si aún no se ha alcanzado

Edad (meses/años)

Edad (meses/años)

Edad (meses/años)

se sentó solo _____
gateó _____
caminó _____

se alimentó con cuchara solo _____
se desvistió piezas simples _____
fue al baño solo _____

gorgoritos/balbuceó _____
dijo primera palabra/s _____
habló 2-3 palabras juntas _____

HISTORIAL MÉDICO

1. Enfermedades/lesiones (por favor marque todas las que aplican):

Edad (meses/años)

Edad (meses/años)

- infecciones crónicas de oído _____
- tubos en los oídos _____
- cáncer/tumores _____
- VRS (virus respiratorio sincitial) _____
- meningitis _____
- lesión traumática a la cabeza _____

- convulsiones febriles _____
- tuberculosis _____
- sarampión _____
- fracturas _____
- contusión _____
- abuso físico/negligencia _____

2. Salud crónica/sistema neurológico/problemas de conducta (por favor marque todas las que aplican):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> resfriados comunes | <input type="checkbox"/> tics nerviosos/movimientos repetitivos | <input type="checkbox"/> usa lentes |
| <input type="checkbox"/> asma | <input type="checkbox"/> convulsiones | <input type="checkbox"/> implante coclear |
| <input type="checkbox"/> alergias ambientales | <input type="checkbox"/> mirar fijamente al vacío | <input type="checkbox"/> aparatos auditivos |
| <input type="checkbox"/> problemas de atención | <input type="checkbox"/> dolores de estómago frecuentes | <input type="checkbox"/> infecciones en la vía urinaria |
| <input type="checkbox"/> hiperactividad excesiva | <input type="checkbox"/> diarrea/estreñimiento | <input type="checkbox"/> inconsistencia fecal |
| <input type="checkbox"/> problemas de ir al baño (después de estar entrenado) | <input type="checkbox"/> inconsistencia urinaria | |
- equipo de adaptación (sillas de ruedas/soportes/ortesis/entrenador para andar, etcétera)
- problemas de dormir (explique): _____
- problemas de alimentación (ejemplo: poco apetito/remilgoso para comer/come demasiado, etcétera): _____
- problemas físicos (ejemplo: poca agilidad/problemas al caminar/problemas de balance, etcétera): _____
- problemas visuales (ejemplo: miopía/hipermetropía/estrabismo): _____
- problemas sensoriales (ejemplo: sensitivo al contacto/a ruidos fuertes/etcétera-explique): _____
- _____
- otras condiciones médicas (ejemplo: corazón/riñones/condiciones de la piel/etcétera-explique): _____
- _____

3. Hospitalizaciones (indique las fechas, edad y para qué enfermedades/cirugías ha sido hospitalizado el hijo): _____

4. Alergias (anote cualquier alergia a alimentos/medicamentos/ insectos-etcétera y si la alergia es severa): _____

¿Es necesario que el hijo lleve una *Epipen*? Sí No ¿Hay otras precauciones necesarias? _____

5. Medicamentos (liste los medicamentos actuales, dosis y para qué condición(s): _____

6. Pediatra de su hijo: _____

Otros médicos que tratan a su hijo (nombre y especialidad): _____

7. Previamente, ¿ha tenido su hijo: terapia del habla/lenguaje, neurológica, psicológica, ocupacional/física o sensorial?
En caso afirmativo, indique qué tipo(s) y el diagnóstico resultante: _____

8. ¿Hace siesta su hijo? Sí No En caso afirmativo: cuándo/por cuánto tiempo? _____

HISTORIAL EDUCATIVO

1. Previamente, ¿ha recibido su hijo intervención, terapia o educación especial temprana (ejemplo: AzEIP/DDD, en otro estado, nacimiento-3 u otra agencia preescolar, terapia del habla/ocupacional/física privada, sensorial)? Sí No En caso afirmativo, liste los tipos de servicios/terapias y a qué edades.

2. Liste previas guarderías, preescolares públicos/privados o programas Head Start a los que su hijo ha asistido y a qué edades que asistió.

3. ¿Ha tenido algún miembro del personal de la guardería/preescolar alguna preocupación acerca del desarrollo o conducta de su hijo? En caso afirmativo explique: _____

COMPORTAMIENTOS EN EL DESARROLLO

Indique si usted tiene preocupaciones acerca de su hijo en las siguientes áreas; en caso afirmativo, calcule cuan severas son en comparación a otros niños de su edad.

Comportamiento	SÍ	NO	Algo preocupado	Muy preocupado
Vestirse o desvestirse				
Entrenamiento de ir al baño				
Comer con tenedor/cuchara				
Beber de una taza o vaso				
Jugando con otros				
Compartir juguetes/materiales con otros				
Es impulsivo/carece de autocontrol				
Es hiperactivo				
Tiene dificultad de atención/se distrae fácilmente				
Pelea/es agresivo hacia otros				
Prefiere jugar solo				
Rabietas frecuentes				
Se sobre-estimula fácilmente cuando juega				
Es desconfiado en situaciones/personas nuevas				
A menudo no sigue instrucciones de adultos				
Dificultad de articulación/habla				
Dificultad usando el lenguaje para indicar lo que necesita				
Dificultad para utilizar el lenguaje para comunicarse con adultos/compañeros				
Dificultad comprendiendo/siguiendo instrucciones				
Dificultad aprendiendo las figuras/colores/tamaños/conceptos				
Dificultad aprendiendo las letras/números/recuento				
Dificultad con habilidades motoras gruesas (correr/equilibrio/atrapar pelota)				
Dificultad con habilidades motoras finas (cortar/agarrar objetos/escribir/colorear)				

ACTIVIDADES DIARIAS/INTERESES

1. ¿Por cuánto tiempo participa su hijo en las siguientes actividades diariamente?
 Escuchando lectura _____ Viendo la TV _____ Usando video/ordenador/i-Pad _____ Jugando al aire libre _____ Jugando con juguetes _____

2. ¿Qué actividades o juguetes disfruta su hijo? _____

3. Describa las fortalezas de su hijo: _____
 debilidades: _____



Departamento de Educación de Arizona
Formulario de Documentación de Residencia en Arizona

Nombre del Estudiante _____ Nombre de Escuela _____

Distrito Escolar o Escuela Chárter Amphitheater Public Schools

Padre/Tutor Legal _____

Como el padre del estudiante o representante legal, doy fe de que soy residente del estado de Arizona y presento como prueba de esta declaración copia del siguiente documento que muestran nombre y la dirección residencial o la descripción física de la propiedad donde reside el estudiante:

- ___ Licencia de conducir válida del Estado de Arizona, tarjeta de identificación de Arizona o registro de vehículo
- ___ Tarjeta vigente del Programa de Confidencialidad de Dirección de Arizona.
- ___ Escritura inmobiliaria o documentos de hipoteca
- ___ Recibo de pago de impuestos sobre la propiedad
- ___ Contrato de renta de casa/residencia
- ___ Factura de cuenta sobre el uso de agua, electricidad, gas. Cable de TV, o teléfono
- ___ Factura de tarjeta de crédito o de banco
- ___ Copia de la forma W-2 sobre declaración de ingresos
- ___ Talón del cheque de paga
- ___ Certificado de inscripción u otra identificación emitida por una tribu indígena reconocida que contiene una dirección de Arizona.
- ___ Documentación de una agencia estatal, gobierno federal (Administración de Seguro Social, Administración de Veteranos, Departamento de Seguridad Económica de Arizona) o agencia gubernamental de alguna tribu nativa Norte Americana.
- ___ Tarjeta de identificación consular emitida por un gobierno extranjero como forma válida de identificación si el gobierno extranjero utiliza técnicas de verificación biométrica al emitir la tarjeta de identificación consular.
- ___ Actualmente no puedo proporcionar ninguno de los documentos mencionados. Por lo tanto, he proveído una declaración original, firmada y notariada por un residente de Arizona que da fe de que he establecido residencia en Arizona con la persona que firma esta declaración.
- ___ Instalación temporal de alojamiento en la base (para familias militares)

Firma del Padre/Custodio legal

Fecha

* Para los miembros de las fuerzas armadas, la aportación de documentación verificable no sirve como declaración de residencia oficial para el impuesto sobre la renta u otros fines legales. Los miembros del servicio armado pueden utilizar un centro de alojamiento temporal en la base como dirección para la prueba de residencia.



Arizona Department of Education

Office of English Language Acquisition Services

Encuesta sobre el Idioma en el Hogar

La escuela utiliza las respuestas a esta Encuesta del idioma del hogar (HLS) para proporcionar los programas y servicios educativos más apropiados para el estudiante. **Las respuestas que aparezcan a continuación determinarán si un estudiante tomará la Evaluación de aprendizajes del idioma inglés de Arizona (AZELLA).** Responda a cada una de las tres preguntas con la mayor precisión posible. Si necesita corregir alguna de sus respuestas, esto debe hacerse **antes** de que el estudiante tome el Examen AZELLA.

1. ¿Qué idioma hablan las personas en el hogar la mayoría del tiempo?

2. ¿Qué idioma habla el estudiante la mayoría del tiempo?

3. ¿Qué idioma habló o entendió el estudiante primero?

Nombre del estudiante _____		Distrito _____	
Fecha de nacimiento _____		Núm. de identificación _____	
Firma del padre o tutor _____		SSID _____	
Fecha _____		Fecha _____	
Distrito o Charter _____			
Escuela _____			

Please provide a copy of the Home Language Survey to the EL Coordinator/Main Contact on site. In AzEDS, please enter all three HLS responses.

Preguntas en conformidad con (R7-2-306(B)(1),(2)(a-c) del Código Administrativo de Arizona. (Revised 01-2020)