

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

****Please complete this form for the developmental screening/evaluation process. This information will be treated confidentially and will not be released without your written permission.**

**Amphitheater School District
Student Services/Preschool Special Education
Rillito Center
266 E. Pastime Rd.
Tucson, AZ 85705**

PRESCHOOL DEVELOPMENTAL/HEALTH HISTORY

Child's Name: _____ **Date of Birth:** _____ **Age:** _____ **Gender:** _____

Ethnicity: _____ **Current Preschool/Daycare:** _____ **Today's Date:** _____

Person Completing Form: _____

Signature: _____ **Email:** _____

Home Address: _____ **Home Phone:** _____
(Street)

Cell Phone(s): _____

(City) (Zip code) **Work Phone(s):** _____

Primary Language Spoken in Home: _____ **Used by the Child:** _____

Other Languages Spoken in Home: _____

What are your primary concerns about your child's development at this time? _____

Who referred you to us? _____ Myself (parent(s)) _____ Pediatrician/other medical provider _____ AzEIP/DDD service coordinator
_____ Preschool/daycare provider _____ Head Start _____ Other (please list) _____

FAMILY INFORMATION

Names of People in Home	Age	Relationship to Child (Parent/Guardian/Foster/ Grandparent/Sibling/Half- /Step Sibling)	Education/ Highest Grade Completed	Current Profession/Occupation
List Family Members Not in Home				

1. Is this child: ☐ Biological ☐ Adopted ☐ Foster If adopted or foster placement, enter adoption /placement date: _____

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 ☐neurológicos ☐de otro tipo (explique): _____

<u>Miembro de la familia</u>	<u>Miembro de la familia</u>
☐ autismo	☐ parálisis cerebral
☐ Síndrome de Asperger	☐ Síndrome de Tourette
☐ trastorno del habla	☐ depresión
☐ discapacidad de aprendizaje	☐ esquizofrenia
☐ trastorno cognitivo	☐ trastorno obsesivo/compulsivo
☐ convulsiones (epilepsia)	☐ trastorno de integración sensorial....
☐ Síndrome de Down	☐ discapacidad visual/auditiva
☐ ADHD	☐ Otro
(Trastorno Hiperactividad con Déficit de Atención)	(especifique la condición y el miembro de la familia)
☐ 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 cardíaco 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)se sentó solo _____
gateó _____
caminó _____Edad (meses/años)se alimentó con cuchara solo _____
se desvistió piezas simples _____
fue al baño solo _____Edad (meses/años)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)☐ infecciones crónicas de oído _____
☐ tubos en los oídos _____
☐ cáncer/tumores _____
☐ VRS (virus respiratorio sincitial) _____
☐ meningitis _____
☐ lesión traumática a la cabeza _____Edad (meses/años)☐ convulsiones febriles _____
☐ tuberculosis _____
☐ sarampión _____
☐ fracturas _____
☐ contusión _____
☐ abuso físico/negligencia _____

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

☐ resfriados comunes	☐ tics nerviosos/movimientos repetitivos	☐ usa lentes
☐ asma	☐ convulsiones	☐ implante coclear
☐ alergias ambientales	☐ mirar fijamente al vacío	☐ aparatos auditivos
☐ problemas de atención	☐ dolores de estómago frecuentes	☐ infecciones en la vía urinaria
☐ hiperactividad excesiva	☐ diarrea/estreñimiento	☐ inconsistencia fecal
☐ problemas de ir al baño (después de estar entrenado) ☐ 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 muestrami nombre y la dirección residencial o la descripción física de la propiedad donde reside el estudiante:

- ___ Licencia de conducir valida 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 aprendices 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 _____	
Distrito o Charter _____		Fecha _____	
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)