

BLACK HAWK AREA SPECIAL EDUCATION DISTRICT FORMA DE REGISTRO PARA EL TEST PRE-ESCOLAR

103 3rd Street Carbon Cliff, IL 61239
309 796-0082

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____
APELLIDO NOMBRE Mes Dia Año

Nombre de la guardería o centro infantil a donde va su niño: _____

¿A cuál escuela irá su niño cuando tenga 5 o 6 años?: _____

Dirección de su casa: _____ Teléfono: _____
Ciudad Estado

Su niño vive con: Sus padres naturales _____ Con otros: _____

Nombre del Padre: _____ Grado más alto que completó en la escuela: _____
Teléfono: _____

Lugar donde trabaja: _____

Nombre de la Madre: _____ Grado más alto que completó en la escuela: _____
Teléfono: _____

Lugar donde trabaja: _____

Nombre del Guardián (si el niño no vive con sus padres): _____ Relación: _____

Nombre y edad de otros niños que viven en casa: _____
Número de veces que ha cambiado de casa desde que nació este niño: _____

Nombre	Edad	Nombre	Edad	Nombre	Edad

B I A H W O - M F

PK

DEVELOPMENTAL
P P-PKF RECONSIDER _____
RE P-RE P-ESP _____

DEV. RE + PRE = Q
DEV. RE + ABS = Q
RECON OR P-PKF = F

BEHAVIOR
P RE PRE RECONSIDER _____

BEH. RE + PASS = Q
BEH. RE + F = F

ADAPTIVE BEHAVIOR
P Q F _____

ADAPT. BEH. P Q F

SPEECH
P RE _____
PRE ABS RECONSIDER _____

SPEECH
RE + PRE = Q
RE + ABS = Q
RE + RECON = F

VISION
P RE ABS PRE REF _____

OBSERVATIONS Q

HEARING
P RE ABS PR REF _____

P A G W L M S H F O

- OBSERVATIONS**
- Unable to separate
 - Unsteady or awkward
 - Crying or whimpering
 - Unusually quiet/withdrawn
 - Distractive
 - Fidgety or restless
 - Resistive
 - Disruptive
 - Lethargic
 - Impulsive

PK ELIGIBILITY
AGE ELIGIBLE? Y N
QUALIFIES? YES NO

COMPORTAMIENTO ADAPTIVO

Marque con un círculo

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Usa el niño cuchara, o tenedor cuando él mismo come? | Si | No |
| 2. ¿Puede su niño quitarse algunas de sus prendas de vestir como los zapatos, o el abrigo? | Si | No |
| 3. ¿Se lava y se seca las manos él mismo? | Si | No |
| 4. ¿Puede éste niño separarse de sus padres por poco tiempo? | Si | No |
| 5. ¿Se lleva bien con otros niños? | Si | No |
| 6. ¿Puede ir al baño solo y sin ayuda? Quiero decir que él mismo se baja su ropa, se limpia y se vuelve a vestir. (No tiene que ser capaz de abotonarse la espalda o amarrarse los zapatos.) | Si | No |
| 7. ¿Piensa usted que éste niño se siente cómodo con otros niños y adultos y no es demasiado tímido? | Si | No |
| 8. ¿En general, tiene su niño control de su vejiga y su estómago durante el día y la noche? | Si | No |
| 9. ¿Puede el niño por sí mismo prepararse un plato de cereal? Esto incluye conseguir la taza y el cereal y poner el cereal dentro de la taza. (Puede ser ayudado a poner la leche.) O puede él mismo preparar un sandwich? | Si | No |
| 10. ¿Puede el niño ponerse por sí mismo algunas de sus prendas de vestir como la ropa interior, las medias, o los zapatos? | Si | No |
| 11. ¿En la casa, ayuda el niño hacer algunas cosas simples como poner los juguetes en el puesto, o traer algo que se le pida? | Si | No |
| 12. ¿Puede el niño abotonar cualquier prenda de vestir? | Si | No |
| 13. ¿Tiene el niño bastante entusiasmo para aprender? | Si | No |
| 14. ¿Participa éste niño en juegos en los cuales tiene que esperar turno con otros niños? Por ejemplo - las escondidas, la gambeta, etc.? | Si | No |
| 15. ¿Puede el niño vestirse solo correctamente y sin ayuda? (El puede tener ayuda solamente para amarrarse los zapatos, y si es una niña, ella puede tener ayuda solamente para abotonar o subir la cremallera en la espalda.) | Si | No |
| 16. ¿Sabe éste niño que cosas o juguetes le pertenecen a él y a otros, y la mayoría de las veces pide permiso para jugar con los juguetes de los demás? | Si | No |

¿Ha tenido su niño antes el test de desarrollo intelectual o de su lenguaje? _____

Si su respuesta es si:

¿Cuándo? _____

¿Dónde? _____

¿Está recibiendo el niño terapia de lenguaje? _____

Si su respuesta es si:

¿Cuándo? _____

¿Dónde? _____

BHASED CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PRE-ESCOLAR

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____

Nombre del Médico del niño _____ Fecha de hoy _____

Marque con un círculo

1. ¿Durante el tiempo de embarazo de éste niño, sufrió la mamá algún accidente, daño o enfermedad, usó drogas o bebidas alcohólicas, o tomó alguna medicina? (Por prescripción o no prescripción) Si No
2. ¿Tenía la mamá 18 años, o era menor cuando nació éste niño? Si No
3. ¿Pesó este niño menos de 5 ½ libras al nacer? Si No
4. ¿Tuvo éste niño al nacer algún problema, enfermedad o daño que requirió inmediata atención médica? Si No
5. ¿Ha tenido éste niño alguna enfermedad o herida seria que a sido necesario hospitalizarlo? Si No
6. ¿Ha tenido éste niño convulsiones asociadas con fiebre alta? Si No
7. ¿Ha sufrido éste niño de muchas infecciones, dolores, o líquido acumulado en sus oídos? Si No
8. ¿Ha tenido éste niño un diagnóstico de plomo alto en su cuerpo mas de 10 ug/dL? Si No
9. ¿Hay algún miembro de la familia que es sordo o tiene problemas con sus oídos? Si No
10. ¿Ha notado usted alguna señal que indique que su niño tiene dificultades para ver? (Como ojos cruzados, ojo perezoso, o usa lentes para ver) Si No
11. ¿Además de enfermedades de corta duración, está su niño tomando diariamente alguna medicina para una enfermedad de largo tiempo? Si No
12. ¿Parece éste niño más torpe que otros niños de su edad? Si No
13. ¿Además de cuando está enfermo sufre éste niño de desvanecimientos, trastornos, o dolores de cabeza? Si No

SI LA RESPUESTA A CUALQUIERAS PREGUNTAS ANTERIORES ES "SI", POR FAVOR EXPLIQUE ABREVIADAMENTE

-
14. ¿Caminaba el niño solo a los 14 meses? Si No
 15. ¿Usaba el niño dos palabras juntas al hablar cuando tenía la edad de dos años? Si No
 16. ¿La manera como habla el niño en éste momento es entendido por personas fuera de la familia? Si No

SI LA RESPUESTA A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES "NO", POR FAVOR EXPLIQUE ABREVIADAMENTE

¿Tiene alguna preocupación específica acerca del desarrollo o comportamiento de su niño? _____

COMPORTAMIENTO

Por favor marque con una "X" en la columna correspondiente a la edad de su niño/ niña que tan frecuente muestra los siguientes comportamientos

	3 Años			4 Años			5 Años		
	Seguido	Alguna veces	Rara vez o nunca	Seguido	Alguna veces	Rara vez o nunca	Seguido	Alguna veces	Rara vez o nunca
Rabietas (patear, golpea, o muerde cuando está con ira)									2 2 3
Se golpea la cabeza contra la pared o la cama									4 4 4
Se chupa el dedo									1 2 3
Tiene pesadillas o sueños feos									2 2 3
Se muerde las uñas									2 2 2
Se sienta y se mece (sin estar en la silla mecedora)									3 4 4
Desobediente									1 2 3
Demasiado activo, siempre está moviéndose									2 2 3
Presta poca atención (se cansa muy rápido en actividades silenciosas como leer, pintar después de cinco minutos)									2 3 4
Hace fuegos o juega con cerillos empezando lumbres									4 4 4
Prefiere estar solo (mejor que jugar con otros niños)									3 3 3
Se enoja fácilmente									1 2 3
Llora fácilmente sin motivo									1 2 3
Destruye sus propios juguetes o los de otros									2 3 3
Es cruel con los animales									2 3 4

¿Piensa usted que el comportamiento de su niño está fuera de control y requiere ayuda profesional? Si No

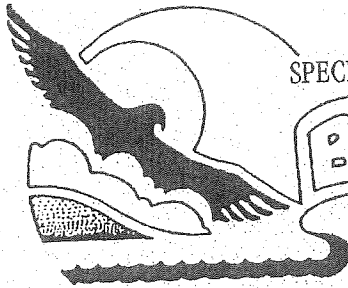
ESTÁ USTED RECIBIENDO AYUDA DE LAS SIGUIENTES AGENCIA:

Departamento de Ayuda Publica	Si	No
Número de tarjeta médica de su niño/niña # _____		
WIC	Si	No
Descuento o almuerzo gratis en la escuela	Si	No

ESTÁ O HA RECIBIDO SU NIÑO SERVICIOS DE LOS SIGUIENTES:

Servicios de Drogas y Alcohol	Si	No
Departamento de Servicios Sociales	Si	No
Fundación de Easter Seal	Si	No
Centro de Salud Mental	Si	No
Departamento de Servicios para Niños y Familia	Si	No
Educación Especial	Si	No
Corte Civil	Si	No

¿Hace poco que en su familia ha habido una crisis que pueda afectar negativamente a su niño? Si es así, por favor explique.



BLACK HAWK AREA
SPECIAL EDUCATION DISTRICT

BHASED

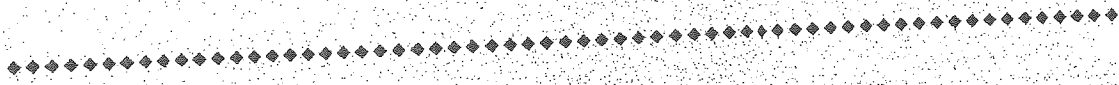
BHASED Preschool Screeners
Parent Infant Education
P.O. Box 70
Carbon Cliff, IL 61239
309-796-0082
309-796-9004 FAX



R. Michael Weger, PhD - Director

Educación Especial del Area de Black Hawk en unión con varias agencias locales provee a su niño un exámen gratis. Estas agencias pueden incluir el pre-escolar o centro infantil donde va su niño, el distrito escolar, el médico, el Departamento de Salud Publica, Conecciones entre el Niño y la Familia, Oficina de Extensión de la Universidad de Illinois y la Oficina Regional de Educación.

Ayuda monetaria federal, del estado y local nos permite proveer a su niño este servicio gratis. La participación en el exámen es un requisito para entrar a muchos programas pre-escolares y es también requerido por la mayoría de los distritos escolares antes de que su niño empieze el Kindergarten.



Doy permiso para que mi niño participe en el exámen, exámenes adicionales o recomendaciones cuando estas sean apropiadas o necesarias. Yo entiendo que voy a recibir los resultados de estos exámenes bien sea personalmente o a travez del centro infantil.

Nombre **del niño**

Fecha de nacimiento
(Mes Día Año)

Firma

Fecha

- AIWood #225
- Carbon Cliff #36
- Colona #190
- East Moline #37
- Hampton #29
- Mercer County #404
- Moline #40
- Orion #223
- Riverdale #100
- Rockridge #300
- Rock Island #41
- Sherrard #200
- Silvis #34
- UTHS #30

