



## Formulario de Observación de Padres para Kindergarten

**Bienvenidos al Kindergarten en el Sistema de Escuelas Públicas del Condado de Wake.** *Es importante que conozcamos a cada niño y a su familia. Es usted que conoce mejor a su hijo(a). Al compartir su perspicacia y expectativas, nos ayudará en planear un programa que satisface las necesidades de su hijo(a). Por favor escriba cualquier comentario que podría ayudarnos en crear una experiencia gratificante para su hijo(a) durante este año en kindergarten. Gracias por su tiempo en completar este formulario.*

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

El niño/la niña vive con \_\_\_\_\_

Relación con el niño/la niña \_\_\_\_\_

Otras personas en la casa \_\_\_\_\_

Hermanos (nombre y edad) \_\_\_\_\_

Hermanas (nombre y edad) \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) ha asistido a un programa preescolar o a una guardería?

Nombre(s) de escuela(s) \_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo?     6 meses     1 año     2 años     Más

¿Su hijo(a) ha recibido servicios de intervención temprana? (ej.- terapia, terapia del habla o de lenguaje, intervención educacional, etc.)     Sí     No

De ser así, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Cada cuanto lee usted a su hijo(a)?     Diariamente     2-3 veces por semana  
 Una vez por semana     Una vez por mes

### Historia de Salud General

Por favor haga una lista de problemas de salud que ha observado usted o su doctor: (ej.- asma, dolores de estómago, ataques convulsivos, se orina en la cama, pesadillas, etc.) \_\_\_\_\_

Alergias a comida \_\_\_\_\_

Historia General	Sí	No	Comentarios
¿El embarazo del niño/de la niña fue a término?			
¿El niño/la niña toma medicinas actualmente?			De ser así, ¿qué medicina? ¿Para qué?
¿Su hijo(a) ha tenido heridas, enfermedades, o hospitalizaciones graves?			De ser así, por favor explique.

¿Su hijo(a) ha tenido algún trauma o estrés en la familia? (ej.- traslado de residencia, separación, divorcio, fallecimiento en la familia.)			
¿Tiene usted inquietudes sobre el desarrollo de su hijo(a)? (social, de lenguaje, motriz, académico, etc.)			

<b>Desarrollo de lenguaje/alfabetismo</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Comentarios</b>
¿Su hijo(a) expresa sus ideas claramente?			
¿Su hijo(a) entiende los cuentos que le lee?			
¿Su hijo(a) intenta leer libros de memoria?			

<b>Desarrollo personal/social</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>Comentarios</b>
¿Su hijo(a) juega bien con a lo menos un otro niño?			
¿Su hijo(a) hace la esfuerzo de resolver problemas antes de pedir ayuda?			
¿Su hijo muestra consideración para usar materiales o artículos de manera segura y apropiada?			
¿Su hijo(a) llora con frecuencia?			
¿Su hijo se separa fácilmente de sus padres?			
¿Su hijo(a) continua con actividades sin atención y apoyo constante?			
¿Su hijo(a) acepta los límites establecidos por adultos?			

Por favor, díganos lo que usted quiere que sepamos sobre su hijo(a).

Por favor díganos lo que usted quiere que su hijo(a) obtenga de este año en kindergarten.