



Academia de Cuidado Pasivo II

CENTRO DE APRENDIZAJE DE LA PRIMERA INFANCIA
1206 Delaware Street
New Castle, Delaware 19720

Phone: (302) 328-8030 Fax: (302) 832-2679

Conociendo tu forma

Nombre legal del niño		Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Chico <input type="checkbox"/> Chica		
¿El niño responde a un apodo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí En caso afirmativo, indique el sobrenombre					
Nombre de la madre		Ocupación			
Nombre del Padre		Ocupación			
Padres son <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Vivir aparte <input type="checkbox"/> Vivir juntos <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Nunca casado					
Nombre (s) de Madrastra / Padrastra					
Si el niño no vive con sus padres, ¿quién es el cuidador principal?					
Relación del cuidador principal con el niño					
La edad de la madre en el momento del nacimiento		La edad del padre en el momento del nacimiento			
Duración del embarazo en semanas		Peso de nacimiento del niño			
Peso de nacimiento del niño <small>Describe cualquier problema o inquietud de salud</small>					
¿Fue el niño hospitalizado por un período de tiempo después del nacimiento en la NICU? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <small>Si respondió "Sí", describa los motivos y la duración de la hospitalización:</small>					
Enumere otras personas que viven en el hogar del niño					
Nombre	Años	Relación			
Nombre	Años	Relación			
Nombre	Años	Relación			
Nombre	Años	Relación			
Nombre	Años	Relación			
Verifique todas las afecciones / enfermedades para las que el niño ha sido tratado					
<input type="checkbox"/> Cólico	<input type="checkbox"/> Gripe	<input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> escarlatina	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Erupción
<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Rubéola	<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Virus estomacal	<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> TB
<input type="checkbox"/> RSV	<input type="checkbox"/> Strep	<input type="checkbox"/> Pertussis	<input type="checkbox"/> Impétigo	<input type="checkbox"/> Infección en el oído	<input type="checkbox"/> Dolor de cabeza
¿Alguna vez su hijo ha sido hospitalizado? (Paciente hospitalizado o ambulatorio) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", describe las circunstancias:					
¿Algún niño ha tenido cirugía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", describe las circunstancias:					
¿Su hijo tiene alguna enfermedad crónica o debilitante? (ex. Asthma, diabetes, etc.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, explíquelo por favor:					
¿Su hijo toma medicamento (s) recetado (s) regularmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, explíquelo por favor:					

Describe los hábitos alimenticios del niño:	
¿Tu hijo tiene alergias? Por favor incluya alergias estacionales, ambientales y de alimentos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde "Sí", ¿cómo se tratan / gestionan?	
Describe la personalidad del niño: (ex. <i>Outgoing/shy/talkative/energetic/fearful/nervous/angry/quiet, etc.</i>)	
Actividades favoritas de los niños:	
¿Su familia usa palabras especiales para defecar / orinar / partes privadas?	
Enumere el cuidado infantil anterior o el cuidado infantil diurno en el que asistió e incluya el tiempo y la edad de asistencia	
¿Le gustaba a su hijo asistir a guarderías / guarderías en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "No", explique	
Razones para dejar la atención anterior:	
¿Hay alguna información relacionada con el niño, la composición familiar, experiencias previas, etc. que pueda ayudarnos a facilitar la transición a nuestro programa para su hijo?	
¿Con qué adulto pasa el niño la mayor parte de su tiempo?	
¿Tiene el niño oportunidades de jugar con otros niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Hay algún problema de custodia o de visitas que debemos tener en cuenta? Es necesaria una copia de una orden judicial para prohibir que un padre recoja al niño	
¿Vive el niño en una casa libre de humo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mascotas en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Por favor liste los nombres y el tipo de animal
¿Hay algún aspecto particular de nuestro programa que sea especialmente importante para su hijo / familia?	
¿Hay alguna información sobre la cultura, el origen étnico, el idioma o la religión de su familia que considere importante que sepamos?	
¿Hay alguna información sobre la cultura, el origen étnico, el idioma o la religión de su familia que considere importante que sepamos?	
¿Hay algún temor o problema especial que debemos conocer?	
¿Tiene su hijo alguna necesidad especial?	

Salud médica, de desarrollo, social, mental, etc. **Sí** **No** En caso afirmativo, explíquelo por favor:

Indique cualquier crisis o problema familiar que haya ocurrido en el hogar del niño:

<input type="checkbox"/> Separación / divorcio <input type="checkbox"/> Muerte de mascota <input type="checkbox"/> Historia de abuso <input type="checkbox"/> Encarcelamiento de un miembro de la familia	<input type="checkbox"/> Muerte de un miembro de la familia <input type="checkbox"/> Nuevo trabajo de los padres	<input type="checkbox"/> Mudarse a un nuevo hogar <input type="checkbox"/> Custodia <input type="checkbox"/> Nacimiento de un hermano <input type="checkbox"/> Enfermedad familiar
--	---	---

Otro Por favor describa

Niños bebés / niños pequeños: Dé la edad del niño en meses para las primeras experiencias con lo siguiente: Escriba N / A si aún no se ha cumplido

Comida sólida	Tirando hacia arriba	Duerme toda la noche	Rastreo
Para caminar	Beber de la taza	Primeras palabras	Usa la cuchara
Dese la vuelta	Ser único	Subir escaleras	Entrenado para baño

Bebés / niños pequeños / estudiantes de preescolar

Hora de dormir del niño:	¿Problemas con pesadillas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Enuresis? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tiempo habitual de vigilia:	Duerme toda la noche? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Uso de chupete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hora normal de la siesta:		

¿Tiene el niño juguetes de confort a la hora de acostarse? (ex. Manta especial o juguete de peluche)
 Sí **No** En caso afirmativo, describa:

¿Qué es lo que más esperas que su hijo tome de la experiencia de cuidado de niños?

¿Tiene alguna pregunta o inquietud sobre nuestro programa de cuidado de niños?

¿Tiene su hijo un IEP? **Sí** **No** Si la respuesta es "Sí", envíenos una copia para que podamos brindar el mejor entorno de aprendizaje posible para su hijo.

¿Cómo podemos abordar las necesidades de inclusión para su hijo?