



## “Conóceme Mejor” YD K-5

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Queremos conocer mejor a su niño/a y así poder ofrecerle una mejor experiencia educativa. Nadie conoce a su niño/a mejor que usted, cuéntenos más acerca de él/ella.

1. Queremos saber cuáles son los juguetes/actividades favoritos/menos favoritos de su niño/a:

### Menos Favoritos

---

---

---

### Favoritos

---

---

---

2. ¿Qué cosas calman y alteran a su niño/a?

### Calman

---

---

---

### Alteran

---

---

---

3. ¿Cuáles son las fortalezas y desventajas de su hijo/a?

### Fortalezas

---

---

---

### Desventajas

---

---

---

4. ¿Cómo se comunica su niño/a?

- Verbalmente
- Lenguaje de Señas Americano
- Con aparatos de comunicación

- A través de gestos (señalando, cabeceando, etc)
- Con vocalizaciones
- Otros (especifique) \_\_\_\_\_

5. ¿Cuáles servicios recibe su niño/a?

- Terapia del Habla/Lenguaje
  - Consejería-Salud Mental
  - Terapia de Comportamiento
- ¿Podemos contactar a su proveedor de servicios para apoyar mejor a su hijo?

- Terapia Ocupacional
- Terapia Física
- Ninguna
- Sí
- No – Un formulario firmado con autorización es necesario



## “Conóceme Mejor” YD K-5

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

6. ¿Necesita su niño/a asistencia de algún equipo? (ej.: Aparatos ortopédicos para caminar, silla de ruedas, aparatos de comunicación, insulina, nebulizador)

Sí  No

En caso afirmativo, por favor describa:

---

---

7. ¿Usted sospecha que su niño/a tiene algún problema visual o auditivo?  Sí  No

En caso afirmativo por favor describa: \_\_\_\_\_

8. ¿Qué afirmación describe mejor la capacidad de su niño/a para poder cambiar de una actividad a otra?

Se mueve fácilmente independientemente  Necesita ayuda o apoyos para poder moverse

Por favor describa: \_\_\_\_\_

9. ¿Cómo y donde juega/interactúa su niño/a mejor?

Independiente  Con otro niño/a  
 Grupo pequeño  Grupo grande  
 Adentro  Afuera  
 Con adultos

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_

10. ¿Le molesta alguna de estas cosas a su niño/a?

Ruido  Ciertas texturas (arena, agua, etc.)  
 Luces  Contacto físico (abrazos)  
 Olores  Otros: \_\_\_\_\_

11. ¿Su niño/a tiene tendencia de correr o tratar de escaparse?

Sí  No

¿Si la respuesta es sí, que situaciones preceden este comportamiento?

---



## “Conóceme Mejor” YD K-5

Generously Funded by



Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### 12. ¿Su niño/a es capaz de hacer las siguientes actividades por sí mismo?

Uso del baño	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Caminar/movilizarse	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Comer	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Lavarse las manos	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Si la respuesta es no para alguna actividad, por favor explique qué asistencia necesita:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 13. ¿Su niño/a toma alguna medicina?

Sí  No

¿Hay efectos secundarios al tomar estos medicamentos?

\_\_\_\_\_

### 14. ¿Hay algo más que quiera compartir acerca de su niño/a? (alergias, dieta, convulsiones, sangramiento de nariz, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_