

# Aplicación Para el SD27J Norte Elemental - Programa Extendida de Kinder

**Nombre del Estudiante:** \_\_\_\_\_ Sexo: M F  
Apellido Nombre  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre de Padre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**Grado Educa. Más alto atendido de los Padres:** Padre--Donde: \_\_\_\_\_ Grado Educa. Más alto atendido: \_\_\_\_\_  
Madre--Donde: \_\_\_\_\_ Grado Educa. Más alto atendido: \_\_\_\_\_

Salario Familiar bruto anual:	Estado Civil del padre(s)/Guardianes(s) en el hogar:
<input type="checkbox"/> 0-12,000 <input type="checkbox"/> 12,001-24,000 <input type="checkbox"/> 24,001-36,000	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado/ Divorciado <input type="checkbox"/> Vuelto a casar
<input type="checkbox"/> 36,001-48,000 <input type="checkbox"/> 48,000 -60,000 <input type="checkbox"/> más 60,000	<input type="checkbox"/> Soltero, nunca casado <input type="checkbox"/> Viudo /Viuda

¿Con quién vive el estudiante actualmente?    Ambos madre y padre \_\_\_\_\_    Madre o padre \_\_\_\_\_  
Guardián o tutor legal \_\_\_\_\_    Otro \_\_\_\_\_

Guardián legal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Otra información significativa de los padres: \_\_\_\_\_

**Número de personas que viven en el hogar:** \_\_\_\_\_

Si es:	Primer lenguaje hablado en el hogar:
<input type="checkbox"/> Caucasiano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Afro-Americano	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Dialecto Nativo de América
<input type="checkbox"/> Nativo de América <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro

¿Actualmente su niño recibe beneficios del Programa Asistencia de Comida?    Sí \_\_\_\_\_    No \_\_\_\_\_

¿Actualmente recibe ayuda de Welfare para Niños?:    Sí \_\_\_\_\_    No \_\_\_\_\_

**¿Su niño ha asistido a la escuela o jardín de niños antes?**    Sí \_\_\_\_\_    No \_\_\_\_\_

Si es si, nombre el Jardín de niños: \_\_\_\_\_    Fechas de asistencia, de: \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la experiencia de su hijo? \_\_\_\_\_

\*? En lo pasado hay hijos suyos que han asistido al Kinder en Día Extendida?    Si \_\_\_\_\_    No \_\_\_\_\_

Donde: \_\_\_\_\_

**¿Tiene alguna preocupación sobre el aprendizaje de su hijo?**    Sí \_\_\_\_\_    No \_\_\_\_\_

Si es Sí, explique: \_\_\_\_\_

Por favor describa la personalidad de su hijo: \_\_\_\_\_

**Salud**

Embarazo, Nacimiento y desarrollo

¿Hubo dificultades durante el embarazo, o nacimiento? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
¿Nació antes de tiempo/prematuro? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ ¿Cuántas semanas? \_\_\_\_\_

**¿Su niño tiene algunos de los siguientes?:**

\_\_\_\_ Preocupaciones de lenguaje / habla \_\_\_\_ Preocupaciones emocionales /conducta \_\_\_\_ alergias \_\_\_\_ asma  
\_\_\_\_ Medicar diagnóstico  
\_\_\_\_ Problemas con las habilidades sociales  
Preocupaciones Explique: \_\_\_\_\_

**¿Ha tenido su hijo una enfermedad seria, operación, lastimadura, accidente, factura u hospitalización?**

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si es Sí, escriba la fecha y describa: \_\_\_\_\_

¿Toma su hijo algún medicamento? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si, Comentario \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo cualquier problema de la vista? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si, Comentario \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo cualquier problema para escuchar? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si, Comentario \_\_\_\_\_

**Preocupaciones por el desarrollo y salud de su hijo:**

Evaluaciones especiales, exámenes, o terapia (fecha y ubicaciones) \_\_\_\_\_

**Historia Social y Familiar:**

Episodios significantes – ¿han habido cambios significantes en la vida del niño o de la familia?  
\_\_\_\_ matrimonio \_\_\_\_ muerte \_\_\_\_ separación \_\_\_\_ divorcio \_\_\_\_ pérdida de trabajo \_\_\_\_ alcoholismo \_\_\_\_ cárcel  
\_\_\_\_ historial de abuso/violencia \_\_\_\_ abuso sexual \_\_\_\_ abuso físico \_\_\_\_ uso de drogas \_\_\_\_ sin hogar

**¿Algún miembro de la familia ha estado en servicios especiales,** tiene una discapacidad o incapacidad (problemas mentales o físicos, problemas de aprendizaje, dificultades del habla, ADD, pérdida del oído, soplo cardíaco, problemas de terapia, psicológicos, etc.)? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si, indique la relación al niño y las discapacidades: \_\_\_\_\_

¿El niño/a ha sido separado de la madre por períodos de tiempo (largos o cortos)? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

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

**¿Su niño se ha cambiado de hogar frecuentemente?** Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si, es Si, cuántas veces durante los últimos cuatro años \_\_\_\_\_

**Otra información que a usted le gustaría compartir con nosotros sobre su hijo o pregunta o preocupación específica que usted tenga en cuanto al mismo:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Completada por \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Relación con el niño(a) \_\_\_\_\_