



The Advocacy Network on Disabilities

“Conóceme Mejor”

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:

Favoritos

Menos Favoritos

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

Calman

Alteran

3. ¿Cómo se comunica su niño/a?

Verbalmente

Lenguaje de Señas Americano

Con aparatos de comunicación (imágenes, etc.)

A través de gestos (señalando, cabeceando, etc.)

Con vocalizaciones

Otros (especifique) _____

4. ¿Cuáles servicios recibe su niño/a?

Terapia del Habla/Lenguaje

Terapia de Comportamiento

Terapia Física

Consejería-Salud Mental

Terapia Ocupacional

Ninguna

¿Podemos contactar a su proveedor de servicios para apoyar mejor a su hijo? Sí No (Un formulario firmado con autorización es necesario)

5. ¿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: _____

6. ¿Usted sospecha que su niño/a tiene algún problema visual o auditivo? Sí No
En caso afirmativo, por favor describa: _____

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

Se mueve fácilmente independiente

Necesita ayuda o apoyos para poder moverse

Por favor describa: _____

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

Independiente

Con otro niño/a

Grupo pequeño

Grupo grande

Adentro

Afuera

Con adultos

Comentarios adicionales: _____



The Advocacy
Network on
Disabilities

“Conócame Mejor”

Nombre del Niño/a: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

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

- Ruido Ciertas texturas (arena, agua, etc.) Luces Contacto físico (abrazos)
 Olores Otros _____

10. ¿Su niño/a tiene tendencia de correr o tratar de escaparse? Sí No

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

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

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

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

12. ¿Su niño/a toma alguna medicina? Sí No

¿Hay efectos secundarios al tomar estos medicamentos? _____

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