



“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

- Terapia Ocupacional
- Terapia Física
- Ninguna

¿Podemos contactar a su proveedor de servicios para apoyar mejor a su hijo?

- 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.)
