

# Questionario Preescolar de Child Find



MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS  
Office of Special Education, Child Find  
English Manor Center, 4511 Bestor Drive, Room 146, Rockville, Maryland 20853  
Telephone 240-740-2170, Intake 301-947-6080, Fax 301-460-2318  
Email: [ChildFind@mcpsmd.org](mailto:ChildFind@mcpsmd.org)

Formulario 335-49 de MCPS  
November 2023  
Página 1 de 2

## INSTRUCCIONES

Para ser elegible para pruebas preliminares, evaluaciones y servicios, el niño/a debe estar matriculado/a en Montgomery County Public Schools (MCPS) conforme a la **Política JEA del Consejo de Educación del Condado de Montgomery, Domicilio, Matrícula e Inscripción**, y se debe proveer evidencia de nacimiento del niño/a (es decir, partida de nacimiento, pasaporte/visa, certificado médico, certificado de bautismo o de la iglesia, certificado del hospital, declaración jurada de los padres o registro de nacimiento) y comprobante de domicilio, conforme al **Reglamento JEA-RB de MCPS, Inscripción de Estudiantes**, (factura actual de impuestos a la propiedad; contrato de alquiler actual (si el contrato tiene más de 1 año de vigencia, contrato de alquiler y una factura actual de servicios públicos tales como agua, electricidad, gas; o el **Formulario 335-74 de MCPS, Declaración de Vivienda Compartida**). Para un niño/a que no reside en el condado y que asiste a un programa preescolar en el Condado de Montgomery, el padre/madre/guardián debe proveer verificación por escrito de la inscripción emitida en papel membrete del programa preescolar.

Para completar el proceso preescolar para niños/as que serán elegibles para Kindergarten el año entrante, este cuestionario debe ser recibido por la oficina de Child Find antes del último lunes del mes de marzo del año en que su hijo/a será elegible para Kindergarten. Después de esa fecha, por favor contacte a su escuela elemental local para completar el proceso de evaluación.

## INFORMACIÓN DEL ALUMNO/A

### Debe coincidir con el certificado de nacimiento u otra evidencia de nacimiento

Apellido Legal: \_\_\_\_\_ Nombre Legal: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre Legal: \_\_\_\_\_

Domicilio del Alumno/a: \_\_\_\_\_

¿Es elegible para Asistencia Médica? Sí  No  Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Género:  Masculino  Femenino

¿Nació el alumno/a fuera de los Estados Unidos?  Sí  No **Si la respuesta es Sí:** ¿Cuántos meses asistió el alumno/a a la escuela en los Estados Unidos? \_\_\_\_\_

Idioma/s que se habla/n en el hogar: \_\_\_\_\_

## ADULTO/S RESPONSABLE/S DEL ALUMNO/A\*

Nombre del adulto responsable del alumno/a que reside en el domicilio actual:

Relación/Parentesco:  Madre  Padre  Guardián  
 Otro (Por favor, especifique) \_\_\_\_\_

Teléfono #1 \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Teléfono #2 \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

\*Identidad legal de la persona/s adulta/s responsable/s y comprobante de relación con el alumno/a verificada (por favor, especifique)

Nombre del adulto responsable del alumno/a que reside en el domicilio actual:

Relación/Parentesco:  Madre  Padre  Guardián  
 Otro (Por favor, especifique) \_\_\_\_\_

Teléfono #1 \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Teléfono #2 \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

\*Identidad legal de la persona/s adulta/s responsable/s y comprobante de relación con el alumno/a verificada (por favor, especifique)

## CUESTIONARIO PARA LOS PADRES

¿Qué inquietudes tiene con respecto a su hijo/a? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez fue su hijo/a remitido/a al Programa de Bebés y Niños Pequeños (Infants and Toddlers Program) del Condado de Montgomery?  Sí Mes \_\_\_\_ Año \_\_\_\_  No

¿Cómo fue referido/a usted a Child Find?  Familia  Volante  Amigo/a  Doctor/a  Maestro/a  Otro \_\_\_\_\_

¿Ha sido evaluado/a su hijo/a alguna vez?  Sí (por favor adjunte los informes y complete la información que se solicita abajo)  No

Fecha/s de evaluación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lugar de evaluación: \_\_\_\_\_

Razón: \_\_\_\_\_

El niño/a asiste a:  Programa Preescolar  PreK/Head Start en MCPS  Guardería Infantil  Cuidado Infantil en Domicilio Privado  Hogar  Otro \_\_\_\_\_

Nombre del programa preescolar/guardería infantil: \_\_\_\_\_

Dirección del programa preescolar/guardería infantil: \_\_\_\_\_

Si el programa preescolar/guardería infantil tiene inquietudes, por favor explique: \_\_\_\_\_

## FOR OFFICE USE ONLY (SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA)

Date of Call: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ MCPS ID# \_\_\_\_\_ Date Call Returned/Scheduled \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

By Whom \_\_\_\_\_ CA \_\_\_\_\_ Clinic Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Location \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_

Home School \_\_\_\_\_ Cluster \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN MÉDICA**

Nombre del Proveedor/a Certificado/a de Cuidados de la Salud: \_\_\_\_\_

¿Tuvo su hijo/a alguna dificultad  antes  durante  después del nacimiento?

Si la respuesta es Sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

Hospitalizaciones:  enfermedad grave  accidente/s  cirugía/s

Por favor, explique: \_\_\_\_\_

Liste cualquier medicamento que su hijo/a tome regularmente (incluya la dosis): \_\_\_\_\_

Liste cualquier alergia: \_\_\_\_\_

¿Preocupaciones de audición? Por favor, explique: \_\_\_\_\_

¿Preocupaciones de visión? Por favor, explique: \_\_\_\_\_

**Marque todas las áreas de preocupación/posible retraso**

- no parece estar aprendiendo a un ritmo promedio
- retrasos para alcanzar hitos del desarrollo
- otro \_\_\_\_\_

**HABLA/LENGUAJE**

- comenzó a hablar a los \_\_\_\_\_ meses.
- Es difícil entenderle cuando habla**
- los padres le entienden el \_\_\_\_\_ %
- otras personas le entienden el \_\_\_\_\_ %
- tartamudeo/disfluencia
- a menudo necesita que se le repitan instrucciones/preguntas

**Se comunica con**

- gestos
- palabras sueltas
- frases
- oraciones
- otro \_\_\_\_\_

**MOTRICIDAD**

- se lleva por delante las cosas
- a menudo se tropieza y se cae
- siente temor en el parque de juegos
- reacciona de manera inusual cuando alguien lo/la toca
- reacciona de manera inusual al sonido
- reacciona de manera inusual a la luz
- problemas con tareas de papel/lápiz
- caminó a los \_\_\_\_\_
- otro \_\_\_\_\_

**ATENCIÓN**

- se distrae fácilmente
- breve capacidad de atención
- se precipita de una tarea a otra
- dificultades con los cambios de rutina
- otro \_\_\_\_\_

**AUTOAYUDA**

**Retrasos significativos al**

- comer
- vestirse
- practicando usar el baño
- otro \_\_\_\_\_

**SOCIALIZACIÓN**

- consistentemente muestra falta de interés en jugar/relacionarse con otros
- rara vez mira a la gente
- se altera en ambientes grupales
- se queda atascado/a en una idea, objeto o actividad y se altera si se le pide cambiar
- parece estar en su propio mundo
- otro \_\_\_\_\_

**COMPORTAMIENTO**

- rabietas
- no es capaz de aceptar límites
- se niega a acceder a pedidos
- es agresivo/a con los demás
- se frustra fácilmente
- otro \_\_\_\_\_

**Información adicional**

**Este formulario se guardará en una carpeta confidencial y el acceso al informe/s será otorgado al personal de MCPS según sea necesario su conocimiento. Se mantendrá un registro que documente el nombre de cada persona y la razón de revisión. El padre/madre/guardián o guardianes y los estudiantes elegibles pueden solicitar/autorizar divulgación a otra agencia/profesional.**

Firma del Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_