

Fecha: _____

Pre-k Formulario Padres

Nombre Niño _____ Dirección _____
Niño _____ Niña _____
Fecha de nacimiento _____ Teléfono de la casa: _____
Correo electrónico _____ Numero Celular: _____

Madre

Nombre: _____ Edad: _____ Ocupación: _____
El grado más alto que haya alcanzado: _____
Actual empleador fuera de la casa: Si _____ No _____
Su contestación fue si marque, Tiempo Completo _____ Tiempo Parcial _____ Su contestación fue No, está buscando trabajo? Si _____ No _____
Donde nació? _____
Si usted no nació en E.U., cuánto tiempo lleva viviendo en los E.U.? _____
Cuál es su idioma principal? _____
Puede usted leer y escribir en su idioma principal? Si _____ No _____

Padre

Nombre: _____ Edad: _____ Ocupación: _____
El grado más alto completado: _____
Actual empleador fuera de la casa: Si _____ No _____
Su contestación fue si marque, Tiempo Completo _____ Tiempo parcial _____ Si es No, está buscando empleo? Si _____ No _____
Donde usted nació? _____
Si usted no nació en los E.U., cuánto tiempo usted lleva viviendo en los E.U.? _____
Cuál es su lenguaje primario? _____
Usted sabe leer y escribir en su primer idioma? Si _____ No _____

Casa

Con quien vive su niño? Ambos padres? _____ Un padre? _____ Padres sustitutos? _____
Abuelo(s)? _____ Otro? _____ Explique _____
Numero de hermanos _____
Nombre: _____ Fecha nacimiento _____ Nombre: _____ Fecha nacimiento _____
Nombre: _____ Fecha nacimiento _____ Nombre: _____ Fecha nacimiento _____
Otras personas viviendo en la casa?: _____
Tiene algunos parientes viviendo en el Condado DuPage? Si _____ No _____
Cuantas veces usted se ha mudado en los pasados cinco años? _____
Ha pasado algo que ha influenciado en el crecimiento de su niño, como un divorcio, o la muerte de un miembro cercano de la familia, separación larga del padre? Por favor explique. _____
Su familia tiene carro? Si _____ No _____

USTED DEBE COMPLETAR ESTA SECCION DE INGRESO PARA SER CONSIDERADO PARA EL PROXIMO PROGRAMA DE PRE-K:

Ingreso Familiar

Cuanta gente vive en el casa? _____
Cuál es el total del ingreso bruto de usted? (antes de cualquier tasas o deducciones que le sacan)
Semanal _____ Cada dos semanas _____ Anual _____

Agencias envueltas con la Familia Por favor verifique todos los que aplica:

_____ Asistencia Pública	_____ Todos los niños	_____ Programa Puente
_____ WIC	_____ Easter Seals	_____ Sistema de Corte
_____ Depto. de Salud Publica	_____ 0-3, CFC, Intervención Temprana	_____ Refugio Familiar
_____ Depto. de Corrección	_____ Easter Seals	_____ Depto. de Salud Mental
_____ Ayuda Mundial	_____ DCFS (Depto. Servicios de Niños & Familia)	
_____ Iniciativa Prevención	_____ Servicios de Lenguaje y Discurso en el Distrito 41	

Fecha: _____

Lenguajes

Usted puede entender lo que sus niños dicen? Si _____ No _____
Otras personas pueden entender lo que su niño dice? Si _____ No _____
Que idiomas se hablan en su casa? _____
Cuál es el idioma principal de su niño? _____
Cuanto ingles habla la madre? Nada Poco Fluente
Cuanto ingles habla el padre? Nada Poco Fluente
Cuanto ingles habla el niño? Nada Poco Fluente
Quien cuida el niño durante el día? _____
Cuanto ingles sabe la persona que cuida el niño durante el día (sino es el padre o madre)?
Nada Poco Fluente

Salud

Embarazo:

Recibió cuidado prenatal? Si _____ No _____
Cuanto peso su niño cuando nació? _____ Su niño fue prematuro? Si _____ No _____
Tuvo alguna enfermedad en su embarazo? _____
Tuvo algún problema emocional, como depresión, durante o después de su embarazo? _____
Usted tiene alguna enfermedad o condición que afecto a su bebe? Si _____ No _____
Usted utilizo alguna droga o bebida alcohólica durante su embarazo? Si _____ No _____
Su bebe tuvo cualquier problema médico seguido al nacimiento de él o ella? _____

Actual:

Verifique todas las que aplica para su niño:
_____ Infecciones frecuente del oído _____ No acceso a plan médico _____ Exposición de Plomo
_____ Problemas con la visión _____ Problemas con la audición
Su niño ha sido diagnosticado con una enfermedad o desorden? _____
Su niño además de vitaminas toma algún otro medicamento? _____
Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo de su niño? Explique: _____

Familia:

Alguien de su familia inmediata tiene alguna condición seria o existe alguna preocupación de salud mental?
Alguno de los dos padres usa drogas o bebidas alcohólicas? _____
Alguno de los padres o hermanos han reciben servicios especiales, incluyendo terapia del habla en la escuela? (ha tenido IEP)? _____

Comportamiento o Social Por favor marque todas las que le apliqué a su niño:

_____ Dificulta de separarse del padre _____ Incumplimiento
_____ Altos niveles de actividad _____ Impulsivo
_____ Ansiedad _____ Inflexibilidad
_____ Dificultad en llevarse con otros niños _____ Depresión
_____ Violento o destructivo

Por favor verifique si su niño participa en alguno de estas actividades de grupos:

_____ Guardería _____ Área de juego _____ Grupo de Biblioteca
_____ Niñera _____ Pre-escolar _____ Grupos Religiosos
_____ Programas Park District _____ Otro

Hay alguna otra cosa que usted le gustaría que nosotros supiéramos? _____

Entiendo que he proporcionado esta información de forma voluntario y que será utilizada para determinar si me estudiante califica para el programa de Pre-Kínder del D41.

Fecha: _____

Yo doy mi permiso para compartir mi información de contacto con CASE-Glenbard - Programa Padres como Maestros, esto con el propósito de recibir información sobre otros programas en lo que mi familia pudiera calificar para participar.

Firma de Padre/tutor: _____ Fecha: _____

Agradecemos el tiempo que se tomó en contarnos sobre su familia y su estudiante!

Actualización Enero 2019