



KEANSBURG
PUBLIC SCHOOLS

www.keansburg.k12.nj.us

100 Palmer Place, Keansburg, NJ 07734
Phone: 732-787-2007
Fax Superintendent: 732-495-6714

Superintendent of Schools
Mr. John J. Niesz

**Director of Curriculum &
Instruction/State & Federal
Programs**
Mr. John D. Covert

**Business Administrator/
Board Secretary**
Mr. Daniel Castles

INFORMACIÓN PARA EL REGISTRO PREESCOLAR

Fecha de Hoy: _____

Nombre del niño/a: _____

Fecha de nacimiento: _____

SECCIÓN I:

Cuando estuvo embarazada, ¿Hubo algún problema durante el embarazo? Sí ____ No ____
Si respondió que sí, explique: _____

Después del alumbramiento, ¿Estuvo el bebé en el hospital por más de dos (2) días? ____
Si respondió que sí, por favor explique: _____

Edad en la que su niño/a empezó a: Caminar _____ Hablar: _____

¿Tiene su niño/a alguno de los siguientes hábitos?;

Accidentes al ir al baño _____ Rabietas _____ Alto nivel de actividad _____

Dificultad al separarse de usted _____ Llanto excesivo _____

¿Ha experimentado su niño/a alguna de las siguientes dificultades en el pasado o presente?

Lenguaje _____ Audición _____ Alimentación _____ Sueño _____

¿Tiene su niño/a alguna? Restricción física _____ Alergias _____

Si respondió que sí, por favor explique _____

¿Cuáles con las áreas fuertes de su niño/a? _____

¿Cuáles son los desafíos de su niño/a? _____

¿Hay algo que usted encuentre difícil en ser padre/madre?

¿Hay algo más que a usted le gustaría dejarnos saber acerca de su niño/a?

¿Tiene su niño/a algún pariente registrado en el programa preescolar? _____

Por favor enumere los nombres y su parentesco:

¿Ha asistido su niño/a a otro programa preescolar? _____ Si respondió que sí, por favor provea lo siguiente:

Nombre: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

¿Ha recibido su niño/a alguna vez servicios de intervención temprana? Sí _____ No _____

Si respondió que sí: ¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____

¿En dónde escuchó acerca de nuestro programa preescolar? _____

¿Necesita su niño transporte para poder asistir a la escuela? Sí _____ No _____

SECCIÓN II

Permiso escrito hecho de acuerdo a 20.U.S.C. s 1232g (b) (1) 34 C. F. R. 99.30 (b)

INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE SALUD

Por favor responda todas las preguntas según su mayor conocimiento. Toda la información es confidencial.

Nombre del niño/a: _____ Sexo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad actual: _____

Dirección: _____

Número de teléfono de casa: _____ Celular: _____

Padre: _____ Edad: _____ Madre: _____ Edad: _____

Lugar de nacimiento: _____ Hospital: _____

Historia Familiar:

A. Enumere a cualquier otra persona que vive en la casa y su parentesco con el niño/a

1. _____

2. _____

3. _____

B. Algún familiar inmediato que sufra de alguna enfermedad seria: Sí _____ No _____

Como: Epilepsia _____ Alcoholismo _____ Tuberculosis _____ Diabetes _____ Asma _____

Rinitis alérgica _____ Otra _____

SECCIÓN III

EMBARAZO

A. ¿Hubo algún problema durante el embarazo?	SÍ	NO
1. Enfermedad	_____	_____
2. Infección	_____	_____
3. Convulsiones	_____	_____
4. Sangrado	_____	_____
5. Problemas emocionales/stress	_____	_____
6. Medicamentos	_____	_____
7. Otros	_____	_____

Si respondió "Sí" a cualquiera de las preguntas de arriba, por favor explique:

- B. ¿La madre fumó durante el embarazo? _____
- C. ¿Alguien fuma en la casa? _____
- D. ¿Su embarazo fue de ciclo completo? ___ o prematuro ___ ¿Cuántas semanas antes? ___
- E. ¿El alumbramiento fue normal y espontáneo? _____
Si no fue un alumbramiento normal y espontáneo, explique abajo que tipo de alumbramiento fue y la razón (por ejemplo: forceps, cesárea, etc)

SECCIÓN IV

HISTORIAL DE NACIMIENTO DEL NIÑO

- A. Peso al nacer _____
- B. ¿Tuvo algún problema de nacimiento (por ejemplo: dificultad para respirar, convulsiones, pérdida de peso, incubadora, ¿etc.)? _____
Si respondió si, por favor explique: _____

Historia y acontecimientos en el desarrollo

- A. Por favor indique lo más cercano posible a los meses y años:
 - a. Levantó erguidamente la cabeza al estar echado en el estómago _____
 - b. Persiguió objetos _____
 - c. Se sentó independientemente _____
 - d. Se paró solo/a _____
 - e. Caminó solo/a _____
 - f. Habló (balbuceó), imitó sonidos _____

- g. Habló (con palabras/oraciones) _____
- h. Controló su vejiga _____
- i. Controló sus esfínteres _____
- j. Comió solo _____
- k. Derecho o zurdo _____

B. ¿Alguna lesión en la cabeza, operaciones, enfermedades, rinitis alérgica, alergias, infecciones de oído frecuentes, fracturas, convulsiones, etc. Sí _____ No _____ Si respondió "Sí", por favor explique: _____

C. ¿Algún problema auditivo, visual, de lenguaje u ortopédico? Sí ___ No ___ Si respondió "Sí", por favor explique: _____

D. ¿Está el niño/a tomando algún medicamento? Sí ___ No ___ Si respondió "Sí", por favor explique: Medicamento _____ Condición _____
 Medicamento _____ Condición _____

E. ¿Es el niño/a alérgico a algún alimento o medicamento? Sí ___ No ___ Si respondió "Sí", explique _____

F. Describir los hábitos alimenticios del niño/a:

G. Describir las habilidades sociales del niño/a:	SÍ	NO
1. Tímido(a)	_____	_____
2. Amigable	_____	_____
3. Contento (a)	_____	_____
4. Conversador(a)	_____	_____
5. Seguro de sí mismo(a)	_____	_____
6. Temeroso(a)	_____	_____
7. Hace rabietas	_____	_____
8. Se enoja fácilmente	_____	_____
9. Cambia de humor	_____	_____
10. Tranquilo(a)	_____	_____
11. Agresivo	_____	_____
12. Retraído	_____	_____

Si desea, puede explicar las habilidades sociales del niño/a con más detalle: _____

_____ Firma del padre/madre _____ Fecha _____

CUESTIONARIO DE IDIOMA PARA PADRES/TUTORES

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
(primer y segundo nombre) (apellido)

Fecha de entrada a la escuela: _____

Persona que completa la encuesta: [] Madre [] Padre [] Abuelo/a
[] Tutor Otro []

Instrucciones: Marque o escriba la respuesta correcta para cada una de las siguientes preguntas acerca de su niño/a

1. ¿Qué idioma aprendió su niño/a cuando recién empezó a hablar?
Inglés _____ Otro (especifique) _____
2. ¿Qué idioma habla la familia en casa la mayoría del tiempo?
Inglés _____ Otro (especifique) _____
3. ¿Qué idioma hablan los padres [tutores] con el niño/a la mayoría del tiempo?
Inglés _____ Otro (especifique) _____
4. ¿Qué idioma habla el niño/a con sus padres [tutores] la mayoría del tiempo?
Inglés _____ Otro (especifique) _____
5. ¿Qué idioma habla el niño/a con sus hermanos(as) la mayoría del tiempo?
Inglés _____ Otro (especifique) _____
6. ¿Qué idioma habla el niño/a con sus amigos(as) la mayoría del tiempo?
Inglés _____ Otro (especifique) _____
7. ¿En qué idioma desea usted recibir comunicación de la escuela?
Inglés _____ Otro (especifique) _____
8. Por favor enumere los programas prescolares a los que su niño/a ha asistido antes de venir a nuestro programa:

9. ¿Qué nombre usa usted para niño/a (en caso es distinto al de arriba)? _____

Firma: _____ Fecha: _____
(persona que completó la encuesta)

Portuguese	Portugués
Russian	Ruso
Urdu	Úrdu
Other: (Describe)	Otros: (Describir)

14. Does the child have any chronic medical problems, special needs, or handicapping conditions? Mark one box.
 ¿Padece el niño de algún problema médico crónico, de necesidades especiales o algún tipo de incapacidad? Marque una respuesta.

No	No
Yes (Print problem or condition.)	Si (Indique en letra de imprenta el problema o condición.)

15. Will the child be enrolling for the entire school day?
 ¿Su hijo/a será matriculado para el día entero escolar?

Yes, enrolling for the entire school day.	Si, será matriculado el día entero.
No, enrolling for half day.	No, será matriculado medio día.

16. What kind of health insurance does the child have?
 ¿Qué clase de seguro médico tiene el niño?

Private or employment-based health insurance	Seguro de salud privado o basado en el empleo
Medicaid	Medicaid
New Jersey FamilyCare	New Jersey FamilyCare
Some other health insurance	Otro tipo de seguro médico
Uninsured	No tiene seguro.

END OF FORM – END OF FORM – END OF FORM – END OF FORM

k:\data\abbott data\uniform preschool enrollment form\wpaf cece revised (english spanish) 6-18-09.doc