

¡Conociéndote!

Esta información debe compartirse con el maestro de su hijo.

Padre / cuidador: _____

El nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____ FECHA: _____

Preguntas sobre composición familiar:

1- Cuéntenos sobre su hogar (vecindario, quién vive allí, nombres de los miembros de la familia y parentesco con el niño):

2- ¿Tiene su hijo padres que no viven en el hogar? __ Sí No

En caso afirmativo:

- ¿Su hijo visita a este padre? __ Sí No
- ¿Hay algún problema de custodia que debamos discutir?

3- ¿Tiene su hijo hermanos? (Nombres y edades)

4- ¿Tu familia tiene mascotas?

5- ¿Su hijo responde a algún apodo? ¿Su hijo tiene apodos para los miembros de la familia?

6- ¿Hay alguna otra información sobre la composición de su familia que le gustaría compartir?

7- ¿Qué idioma se habla en su hogar?

___ Inglés ___ Español ___ Ambos ___ Otro (especificar a continuación)

¿En qué idioma prefiere recibir comunicaciones del centro? _____

8- ¿En qué modalidad prefiere recibir comunicación del maestro de su hijo?

(Marque de correspondencia) Mensaje de Texto Correo electrónico Papel

Información del niño:

1- ¿Ha estado su hijo en un programa de aprendizaje temprano o en una guardería antes?

___ Sí ___ No

- Si es así:

¿Dónde? _____

¿Cuándo? _____

¿Por cuánto tiempo? _____

¿Hay alguna razón para dejar ese programa que le gustaría compartir?

2- ¿Cómo reacciona su hijo ante otros niños y adultos?

3- ¿Tiene alguna inquietud relacionada con la transición de su hijo a nuestro programa?

4- ¿Hay alguna rutina importante a la hora de dejar / recoger / tomar la siesta, etc. que nos sería útil conocer?

5- ¿Hay algún problema o temor especial que debamos conocer?

6- ¿Su hijo hace alguna de las siguientes cosas?

Mordiendo las uñas Chuparse el dedo Enuresis

Otro: _____

7- ¿Tiene su hijo alguna necesidad especial?

Medical Desarrollo Social Salud Mental

- ¿Alguna de estas necesidades especiales requiere un cuidado especial por parte de nuestros maestros?

- ¿Tiene su hijo un IEP (Plan de educación individualizado) o ISFP (Plan de servicio familiar individualizado)? ___ Sí ___ No
 - Si es así, nos gustaría una copia del plan para poder brindar la mejor experiencia de aprendizaje posible para su hijo.
 - ¿Qué programa o personas trabajan con sus hijos en relación con estas necesidades?

Logopeda Fisioterapeuta Terapeuta ocupacional

Otro Instructor Especial: _____

8- ¿Tu hijo tiene alguna alergia? ___ Sí ___ No (en caso afirmativo, marque todo lo que corresponda)

Alergias a los alimentos Alergias ambientales Alergias a los medicamentos

9- ¿Existe alguna información sobre la cultura, el origen étnico, el idioma o la religión de su familia que sea importante que sepamos? ¿Le gustaría a usted y / o su familia ser un recurso para alguna actividad de conciencia cultural?

10- Describa el horario de su hijo: (Los bebés deben ser específicos. Agregue cualquier otra información sobre el horario de su hijo)

▪ Hora normal de dormir _____ Hora de despertarse _____ Hora de la siesta _____

• Horarios de las comidas:

• Desayuno _____ Almuerzo _____ Refrigerios _____

• Le gusta y no le gusta la comida:

¿Tiene su hijo un horario diferente en otros entornos de cuidado infantil (niñera, cuidado de parientes / vecinos, escuela)? Si No
Explique:

• Escriba cualquier otra información sobre el horario de su hijo:

11- ¿Su hijo participa en actividades extracurriculares? (Por favor describa)

12- Hábitos para ir al baño:

- Cuénteme sobre los hábitos de uso del baño de su hijo:

- ¿Qué palabras usa su familia para defecar y orinar? ¿Alguna terminología especial para las partes privadas?

- ¿Su hijo sabe ir al baño?

- ¿Necesita recordarle a su hijo que vaya al baño durante las horas de vigilia? Si No

13- Hábleme de los de su hijo:

- Juguetes favoritos: _____
- Juegos favoritos: _____
- Actividades favoritas: _____
- Otros intereses: _____

14- ¿Existe información que nos ayude a hacer que los primeros días de nuestro programa sean más fáciles para su hijo?

15- ¿Hay otra información que le gustaría compartir?