

**DELAVEAGA ELEMENTARY  
CUESTIONARIO PARA PRE KINDER/KINDER**

Fecha \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Nombre que utilizará en la escuela \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad/Código postal \_\_\_\_\_

Nombre de la madre \_\_\_\_\_

Domicilio (si es distinto al del estudiante)  
\_\_\_\_\_

Lugar de empleo \_\_\_\_\_ Teléfono del empleo \_\_\_\_\_

E-mail (opcional) \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

Nombre del padre \_\_\_\_\_

Domicilio (si es distinto al del estudiante)  
\_\_\_\_\_

Lugar de empleo \_\_\_\_\_ Teléfono del empleo \_\_\_\_\_

E-mail (opcional) \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

¿Quién tiene la custodia legal del niño? \_\_\_\_\_

Otros niños en la familia	Fecha de nacimiento	Grado en la Escuela
---------------------------	---------------------	---------------------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

Otros adultos que viven en casa \_\_\_\_\_

¿Hubo divorcio, muerte, grave enfermedad, u otra situación de estrés en la familia que afectaría a su hijo?  
\_\_\_\_\_

## EXPERIENCIAS SOCIALES

¿Su hijo ha asistido a una pre-escuela? \_\_\_\_\_ ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el nombre de la pre-escuela? \_\_\_\_\_

¿Qué es lo que más le gustó de la pre-escuela? \_\_\_\_\_

¿Su hijo juega tranquilamente o activamente? \_\_\_\_\_

¿Con quién juega su hijo? Solo \_\_\_\_\_ Con niños mayores \_\_\_\_\_

Con niños menores \_\_\_\_\_ Con niños de su propia edad \_\_\_\_\_

¿Usted piensa que su hijo es (más) un líder o sigue la iniciativa de otros?

\_\_\_\_\_

¿Qué actividades disfruta su hijo al aire libre?

\_\_\_\_\_

¿Qué actividades disfruta su hijo dentro de casa?

\_\_\_\_\_

¿A su hijo le gustan los libros? \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces a la semana le leen libros a su hijo? \_\_\_\_\_

¿Su hijo recuerda rimas o canciones?

\_\_\_\_\_

¿Cuánta televisión ve su hijo? \_\_\_\_\_

¿Se celebran los cumpleaños en casa? \_\_\_\_\_ Si no, por favor explique:

\_\_\_\_\_

## DESARROLLO PERSONAL

¿Su hijo tiene algún problema de salud del cuál deba estar enterada la escuela?

Por favor explique:

\_\_\_\_\_

¿Tiene alergias a ciertos alimentos? \_\_\_\_\_

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

¿A los cuántos meses empezó a caminar solo? \_\_\_\_\_ a comer solo? \_\_\_\_\_  
a hablar en oraciones? \_\_\_\_\_

¿Usa la mano derecha o izquierda?

\_\_\_\_\_

¿Sabe comunicar sus necesidades verbálmente? \_\_\_\_\_

¿Se viste solo? \_\_\_\_\_

¿Tiene Ud. preocupaciones sobre el desarrollo físico o cognitivo de su hijo?

\_\_\_\_\_

¿Qué tipo de disciplina emplea Ud. con su hijo?

\_\_\_\_\_

¿Su hijo:

sabe compartir? \_\_\_\_\_ come bien? \_\_\_\_\_ llora fácilmente? \_\_\_\_\_

duerme bien? \_\_\_\_\_ se pone nervioso en situaciones nuevas? \_\_\_\_\_ cuida las

cosas de otros? \_\_\_\_\_ trata a sus amigos con respeto? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son los talentos e intereses especiales de su hijo?

\_\_\_\_\_

## **EN LA ESCUELA**

¿Su hijo podrá estar sentado tranquilamente escuchando un cuento durante 10 minutos? \_\_\_\_\_

¿Escucha sin interrumpir? \_\_\_\_\_

¿Ya sabe su número de teléfono? \_\_\_\_\_ Y su domicilio? \_\_\_\_\_

¿Hay algo que no hayamos comentado aún que desee Ud. informar al personal de la escuela?

\_\_\_\_\_

¿Tiene Ud. interés y tiempo de ayudar en la clase de su hijo una hora por semana? \_\_\_\_\_

¿Consideraría poner a su hijo en una clase de combinación de Kinder Transicional y Kinder Grado? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

¿Cuál sería la hora más conveniente para llamarlos/reunirnos con Ud.?  
(Circule sus opciones)

<b>Madre:</b>	mañana	tarde	noche	no importa
<b>Padre:</b>	mañana	tarde	noche	no importa

Gracias por tomar su tiempo en llenar estos formularios. Recuerde que DeLaveaga es la escuela de su hijo. Le animamos a llamar a la escuela o contactar con el maestro de su hijo acerca de cualquier cosa que pueda afectar la educación de su hijo.