



**MIAMI - DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS  
FLORIDA DIAGNOSTIC AND LEARNING RESOURCES SYSTEM-SOUTH  
CHILD FIND**

5555 S.W. 93<sup>rd</sup> Avenue, Miami, Florida 33165

**Main Office: Phone: (305) 274-3501 / Fax: (305) 598-7752**

North Satellite Office: Phone: (305) 626-3970 Fax: (305) 626-3972

Estimado padre:

Su hijo(a) ha sido referido para determinar si pudiera necesitar los servicios del Programa de Educación Especial de las Escuelas Públicas del Condado de Miami-Dade.

**Por favor, complete y firme las planillas adjuntas y devuélvalas lo antes posible** para poder procesar el caso de su hijo(a).

**Lista para Referir al Programa de FDLRS / Child Find**

Los siguientes documentos deben ser enviados al referir al niño.

Los documentos marcados con un asterisco (\*) se requieren. *(Por favor indique qué documentos está enviando)*

\_\_\_ **Cuestionario Sobre el Niño y la Familia\***

\_\_\_ **Encuesta de Información de un Estudiante Nuevo\***

\_\_\_ **Copia del Certificado de Nacimiento del niño \*** *(si no está disponible, el pasaporte o el Certificado de Bautismo se pueden aceptar)*

\_\_\_ **Documentación de la custodia legal del niño\*** *(se necesita si el niño NO está bajo la custodia de la madre o del padre biológico)*

\_\_\_ Copia de la Tarjeta del Seguro Social del niño *(si está disponible)*

\_\_\_ Observación del Comportamiento del Estudiante de Prekindergarten *(para completar por la maestra del niño si éste asiste a un centro pre-escolar)*

\_\_\_ Carta de Consentimiento para el Intercambio Mutuo de Información **firmada**. *(Si su niño ha sido evaluado por algún especialista, favor de indicar la especialidad y el número de teléfono de cada uno al lado de su nombre)*

**Si usted tiene o puede obtener copias de los siguientes documentos, por favor envíelas para acelerar el proceso:**

\_\_\_ Informes Médicos Relevantes (ej: especialista de garganta, nariz y oídos, psiquiatra, neurólogo, genetista, etc.)

\_\_\_ Evaluaciones Psicológicas      \_\_\_ Historia Social y del Desarrollo

\_\_\_ Pre-evaluaciones o Evaluaciones en las siguientes áreas:

\_\_\_ Audición    \_\_\_ Vista    \_\_\_ Habla y lenguaje    \_\_\_ Desarrollo    \_\_\_ Comportamiento

Una vez que hayamos recibido toda esta información, remitiremos el expediente de su niño al **Equipo de Diagnóstico para Pre-Kindergarten de las Escuelas Públicas** correspondiente a la zona en que usted vive. Un miembro del equipo le llamará para darle una cita para una pre-evaluación o una evaluación de su niño.

Si usted necesita ayuda para completar estas planillas, por favor llame al **Departamento de Child Find** al **305-274-3501**. Gracias por su cooperación.

Atentamente,

M. Cristina Peña, M.A.  
School Psychologist-Child Find Specialist

<p><b>Si el niño es referido por una Agencia o Escuela:</b>  <b>Persona a quien llamar:</b> _____  <b>Agencia/Escuela:</b> _____  <b>Teléfono:</b> _____ <b>Fax:</b> _____</p>
--



MIAMI - DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS  
FLORIDA DIAGNOSTIC AND LEARNING RESOURCES SYSTEM-SOUTH  
CHILD FIND

5555 S.W. 93<sup>rd</sup> Avenue, Miami, Florida 33165  
Main Office: Phone: (305) 274-3501 / Fax: (305) 598-7752  
North Satellite Office: Phone: (305) 626-3970 Fax: (305) 626-3972

## CUESTIONARIO SOBRE EL NIÑO Y LA FAMILIA

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Sexo: **M** **F**  
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

El niño vive con: Nombre(s) \_\_\_\_\_  
Relación/ Parentesco con el niño \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Apt. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfonos: Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

¿Qué le preocupa sobre su niño? \_\_\_\_\_

¿Cómo supo acerca de FDLRS/South? \_\_\_\_\_

¿Qué idioma(s) se habla(n) en la casa? \_\_\_\_\_

### PERSONAS CON QUIENES SE PUEDE HABLAR ACERCA DEL NIÑO

Nombre	Parentesco con el Niño	Vive con el Niño	Edad	Ocupación	Teléfonos
		sí / no			
		sí / no			
		sí / no			
		sí / no			

Si el niño está bajo la custodia del Departamento de Niños y Familias (DCF), provea el nombre del trabajador social:

Nombre: \_\_\_\_\_ Agencia: \_\_\_\_\_ Números de teléfono: \_\_\_\_\_

### HISTORIA DEL EMBARAZO (con este niño solamente)

¿Tuvieron la madre o el niño algún problema antes, durante o después del nacimiento? \_\_\_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_

¿Pesó el niño menos de 5 libras y media? **Sí / No**

### HISTORIA DEL DESARROLLO

Por favor marque las casillas apropiadas para indicar cuándo su niño logró las siguientes metas:

Metas	Generalmente se logra:	Lo logró a tiempo	Lo logró con atraso
Caminar	9 a 15 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Decir palabras sueltas	12 a 15 meses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usar oraciones de 2 ó 3 palabras	1½ a 2 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hacer sus necesidades en el baño	1½ a 3½ años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Pueden otras personas que no son de la familia entender a su niño claramente cuando habla? **Sí / No**

**HISTORIA MÉDICA** (Por favor adjunte páginas adicionales si es necesario)

¿Ha tenido su niño algo de los siguiente? (Por favor **circule** cuáles): enfermedades graves; cirugías; hospitalizaciones; problemas médicos; golpes severos en la cabeza? Explique: \_\_\_\_\_

¿Ha sido su hijo diagnosticado con un síndrome? Explique: \_\_\_\_\_

¿Toma alguna medicina? \_\_\_\_\_ Diga cuál y explique por qué \_\_\_\_\_

¿Necesita algún equipo especial como silla de ruedas, etc.? \_\_\_\_\_ Explique \_\_\_\_\_

¿Sufre su niño de infecciones de oídos con frecuencia? \_\_\_\_\_ ¿Tiene problemas de audición? \_\_\_\_\_ Explique \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño? (Por favor **circule** cuáles): tubos de ventilación en los oídos, audífonos, implante de cóclea

¿Tiene su niño problemas de la vista? \_\_\_\_\_ Explique \_\_\_\_\_ ¿Usa espejuelos/lentes? \_\_\_\_\_

¿Ha sido su niño evaluado por algún especialista además de su pediatra? \_\_\_\_\_ **Circule** cuál: terapeuta del habla/logopeda; audiólogo; especialista en garganta, nariz y oídos; neurólogo; genetista; psicólogo; psiquiatra; otro: \_\_\_\_\_

¿Está recibiendo su niño algún tipo de terapia? \_\_\_\_\_ **Circule** cuál: física; ocupacional; habla y lenguaje; psicológica; otra: \_\_\_\_\_

**HISTORIA EDUCACIONAL**

¿En este momento, está su niño asistiendo a una escuela o guardería infantil? \_\_\_\_\_ Si asiste:

Nombre \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_ ¿desde cuándo? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su niño algún problema en alguna escuela o guardería infantil? \_\_\_\_\_ Explique: \_\_\_\_\_

Si recibe ayuda económica de alguna agencia para pagar la escuela o guardería infantil, **circule** cuál: CDS, Head Start, RCMA, VPK, DCF, otra: \_\_\_\_\_

**FUNCIONAMIENTO DEL NIÑO EN EL PRESENTE**

¿Cuánto tiempo puede permanecer su niño en una actividad? \_\_\_\_\_

¿Puede seguir instrucciones verbales sencillas? \_\_\_\_\_

¿Piensa usted que su niño tiene algún problema emocional o de conducta? \_\_\_\_\_ Descríbalo \_\_\_\_\_

**COMENTARIOS DE LOS PADRES**

¿Cómo se compara el desarrollo de su niño con el de otros niños de su misma edad? \_\_\_\_\_

¿Cómo describiría usted a su niño? \_\_\_\_\_

Cuestionario llenado por \_\_\_\_\_ Parentesco con el niño \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**ENCUESTA DE INFORMACION DE UN ESTUDIANTE NUEVO**

\_\_\_\_\_ *Fecha*

Nombre del Niño/a \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
*Primer Nombre Segundo Nombre Apellido*

**Encuesta del Idioma que se Habla en el Hogar**

- 1. ¿En su hogar se habla algún idioma además del inglés? Sí  No
  - 2. ¿El primer idioma que el niño/a utilizó fue un idioma que **no** es el inglés? Sí  No
  - 3. ¿El idioma que el niño/a habla con más frecuencia es un idioma que **no** es el inglés? Sí  No
- Idioma(s) que habla la madre: \_\_\_\_\_
- Idioma(s) que habla el padre : \_\_\_\_\_
- Idioma(s) que hablan otras personas que cuidan al niño/a: \_\_\_\_\_
- 4. ¿El niño/a es hispano/a? Sí  No

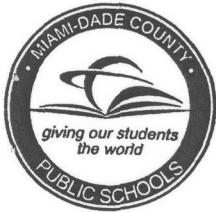
**Encuesta de la Etnicidad y la Raza del Niño/a**

Por favor, marque **todas** las opciones que describen la raza del niño/a:

- W-White** Blanca
- B-Black** Negra
- N-Native Pacific Islander** Nativo de las Islas del Pacífico
- A-Asian** Asiática
- I-Indian (American)** India (Americana)

**Encuesta Suplementaria**

- ¿Estudiante afectado por huracán? Sí  No   
Si la respuesta es **sí**, en Miami-Dade  o fuera de Miami-Dade
- ¿Familia de Militar? Sí  No
- ¿Terremoto de Haití? Sí  No



ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO MIAMI-DADE

CARTA DE CONSENTIMIENTO PARA EL INTERCAMBIO MUTUO DE INFORMACIÓN  
(CONSENT FORM FOR MUTUAL EXCHANGE OF INFORMATION)

Fecha \_\_\_\_\_

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

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de identidad \_\_\_\_\_

Con la presente carta autorizo el intercambio de información en referencia a mi hijo o mi persona, \_\_\_\_\_, entre las Escuelas Públicas del Condado de Miami-Dade (MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS) y las siguientes agencias (incluyendo escuelas, médicos, sicólogos, hospitales, clínicas, etc., que han tenido que ver con su hijo/hija):

Nombre

Dirección

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

• Los documentos específicos divulgados conciernen: \_\_\_\_\_

• La razón de tener estos documentos disponibles es: \_\_\_\_\_

• **La(s) persona(s) que reciba(n) estos documentos no divulgará(n) la información con otras personas y/o agencias sin su consentimiento.**

Hago constar que soy el padre o tutor legal del niño cuyo nombre se menciona arriba o que soy un estudiante mayor de edad y estoy autorizado para firmar esta carta de autorización.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado

\_\_\_\_\_  
Código postal

Sírvase devolver esta carta a:

MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS  
FDLRS-SOUTH  
5555 S.W. 93 AVENUE  
MIAMI, FLORIDA 33165