



Sarah Kuhlemeier  
Early Childhood Coordinator  
27 S. State Ave.  
Freeport, IL 61032  
815-599-1408



Early  
Learning  
Academy

## Permiso Para Administrar una Prueba Para Asesorar el Desarrollo

\_\_\_\_\_  
Nombre de hijo/a

\_\_\_\_\_  
Apellido de hijo/a

Yo, el padre/la madre o tutor legal de el/la niño/a nombrado arriba, doy permiso para que este/a niño/a participe en una prueba para asesorar su desarrollo.

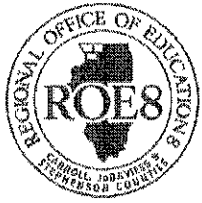
\_\_\_\_\_  
Firma de padre/madre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Yo, el padre/la madre o tutor legal de el/la niño/a nombrado arriba, doy permiso a la agencia de cribar para publicar a los programas locales de Early Childhood para propósitos de referencia y al departamento de salud de Stephenson County para colección de datos solamente.

\_\_\_\_\_  
Firma de padre/madre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



Sarah Kuhlemeier  
Early Childhood Coordinator  
27 S. State Ave.  
Freeport, IL 61032  
815-599-1408



Early  
Learning  
Academy

## Permiso para Inscribir

---

Nombre de hijo/a

---

Apellido de hijo/a

Doy permiso para inscribir a mi hijo/a en *Early Learning Academy* el programa preescolar sin precio alguno (gratis).

---

Nombre de padre/madre (Imprima)

---

Firma de padre/madre

---

Fecha



**Inquietudes de Padres**

Nombre de Padre/Madre: \_\_\_\_\_ Nombre de niño/a: \_\_\_\_\_

**Direcciones:** *Por favor marque todos sus preocupaciones de la lista siguiente..*

\_\_\_ **1. Comportamiento. Mi hijo/a:**

- \_\_\_ tiene berrinches
- \_\_\_ no puede aceptar límites
- \_\_\_ resiste reglas o rechaza a cumplir con peticiones

\_\_\_ **2. Socialización. Mi hijo/a:**

- \_\_\_ no juega con otros niños
- \_\_\_ no se separa de mí fácilmente
- \_\_\_ no trabajará en un grupo
- \_\_\_ no es incluido/a de actividades con otros niños

\_\_\_ **3. Habla/Idioma. Mi hijo/a:**

- \_\_\_ tiene habla poco claro o distorsionado
- \_\_\_ tiene dificultad con expresarse y sus deseos
- \_\_\_ usa oraciones incompletas
- \_\_\_ necesita instrucciones repetidas muchas veces
- \_\_\_ repite lo que él o ella dice
- \_\_\_ no recuerde información simple de día a día
- \_\_\_ da respuestas inapropiadas a las preguntas

\_\_\_ **4. Autoayuda. Mi hijo/a:**

- \_\_\_ tiene dificultades con el baño
- \_\_\_ tiene dificultades con comiendo o vistiéndose
- \_\_\_ tiene dificultades en seguir rutinas

\_\_\_ **5. Atención. Mi hijo/a:**

- \_\_\_ es distraído/a fácilmente
- \_\_\_ tiene una capacidad de atención corta
- \_\_\_ se lanza de una tarea a otra
- \_\_\_ persiste cuando alguien le pide que pare

\_\_\_ **6. Habilidades de Desarrollo. Mi hijo/a:**

- \_\_\_ no muestra que aprende a una velocidad media

- \_\_\_ tiene retrasos en desarrollos marcados
- \_\_\_ no muestra que entiende bien
- \_\_\_ actúa más joven que su edad
- \_\_\_ busca a amigos más jóvenes

\_\_\_ **7. Habilidades Motoras. Mi hijo/a:**

- \_\_\_ es torpe
- \_\_\_ tiene dificultades con usar lápices, colores, o tijeras
- \_\_\_ tiene dificultades con abrochar cierres o botones
- \_\_\_ tiene problemas con coordinación de manos/ojos
- \_\_\_ tiene control peor de sus movimientos de cuerpo

\_\_\_ **8. Oído. Mi hijo/a:**

- \_\_\_ tiene dificultades con oír
- \_\_\_ pide que personas repitan o hablen más fuerte
- \_\_\_ prefiere una oreja sobre la otra
- \_\_\_ es sobresaltado con ruidos repentinos
- \_\_\_ tiene dolores del oído
- \_\_\_ habla fuertemente
- \_\_\_ mira la cara de una persona cuando esa persona habla

\_\_\_ **9. Problemas de Visión. Mi hijo/a:**

- \_\_\_ tiene ojos que bizquean hacia adentro
- \_\_\_ tiene ojos bizquean hacia afuera
- \_\_\_ bizquea
- \_\_\_ inclina su cabeza
- \_\_\_ quiere sentarse demasiado cerca de la televisión
- \_\_\_ mantiene libros muy cerca de su cara
- \_\_\_ pestañea mucho
- \_\_\_ frota sus ojos

\_\_\_ **10. Relacionado con Médico/Salud. Mi hijo/a:**

- \_\_\_ ha estado en el hospital \_\_\_ veces
- \_\_\_ ha tenido enfermedades serias
- \_\_\_ ha tenido accidentes



**Sarah Kuhlemeier**  
Early Learning Academy  
Program Coordinator

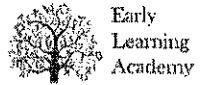


## Unas Preguntas para Las Familias sobre Celebraciones

1. ¿Cuáles días especiales celebra usted en su familia?
  
2. ¿Cómo querría usted que nuestro programa participar con sus celebraciones?
  
3. ¿Cómo piensa usted que podríamos celebrar todos los días especiales en un preescolar con las celebraciones diversas (Hispanos y norteamericanas)?
  
4. ¿Qué son unos mitos/estereotipos sobre la cultura Hispana que usted nos querría que comprendamos para no insultar la cultura?
  
5. ¿Cómo se siente usted sobre celebraciones en el preescolar que no son parte de la tradición de su familia?
  
6. ¿Qué tipo de cosas podemos hacer para celebrar nuestro preescolar como una cultura?
  
7. ¿Tendrá usted tiempo para:
  - ¿leer una historia favorita en español?
  - ¿compartir una receta favorita de la familia?
  - ¿donas artículos de ropa que usted no usa para nuestro rincón de vestido, para los niños?



### Evaluación Familiar



Nombre de Hijo/a: <b>Primer</b>			Nombre de Pila	Apellido	Fecha de Nacimiento:
Lugar de Nacimiento: <b>Ciudad</b>			Estado	País	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Domicilio:					Distrito escolar en que reside:

Nombre de Madre:	Nombre de Padre:
Empleador:	Empleador:
Número de Teléfono Primario:	Número de Teléfono Primario:
Tutor Legal?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tutor Legal?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estado Civil? <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada	Estado Civil? <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado
Nivel más alto de educación completado por la madre: Grados 1-8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Diploma de secundaria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Profesión técnica <input type="checkbox"/>	Nivel más alto de educación completado por el padre: Grados 1-8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Diploma de secundaria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Profesión técnica <input type="checkbox"/>

Personas Viviendo en la Casa		
Nombre	Edad	¿Qué relación tiene esta persona con su niño/a?

Según el guía siguiente se considera su hogar de bajos ingresos durante el año pasado o este año: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Número en Familia	Sueldo	Número en Familia	Sueldo	Número en Familia	Sueldo
1	\$12,060	4	\$24,600	7	\$37,140
2	\$16,240	5	\$28,780	8	\$41,320
3	\$20,420	6	\$32,960		

¿Recibe Ud. ahora: <b>WIC?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Link?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <b>TANF?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Medicaid?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <b>Ayuda económica para el cuidado de su hijo/a?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha recibido su hijo/a servicios de: <input type="checkbox"/> <b>Child and Family Connections</b> Si sí, fechas de servicios: <input type="checkbox"/> <b>FHN Parent Enrichment Program</b> Si sí, fechas de servicios: <input type="checkbox"/> <b>FHN Pediatric Rehabilitation</b> Si sí, fechas de servicios: <input type="checkbox"/> <b>DCFS</b> Si sí, fechas de servicios:
---	---



### Evaluación Familiar

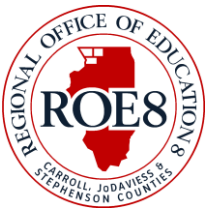


Información Médica		Si sí, por favor explique:
1. ¿Está bajo cuidado medico su hijo/a?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2. ¿Ha tomado su hijo/a medicina en las últimas 24 horas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3. ¿Ha hospitalizado a su hijo/a?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. ¿Ha tenido su hijo/a un daño serio?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
5. ¿Ha tenido su hijo/a incauciones o desmayos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
6. ¿Ha sufrido su hijo/a envenenamiento por plomo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nivel:
7. ¿Ha tenido su hijo/a un enfermedad crónica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
8. ¿Tiene su hijo/a un historial de infecciones del oído?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
9. ¿Ha sufrido su hijo/a pérdida del oído?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
10. ¿Ha sido evaluado a su hijo/a para el ADD/ADHD?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
11. ¿Usa su hijo/a anteojos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
12. ¿Tiene Ud. preocupaciones de la salud de su hijo/a?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
13. ¿Nació su hijo/a a término del embarazo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Peso al nacer:	Longitud al nacer:	Por favor describa cualquier elementos de riesgo durante el embarazo o al nacer de su hijo/a:

Información de Desarrollo		
¿A qué edad su hijo/a:	Se levantó?	Se sentó?
Se vistió?	Usó el baño?	Caminó sin ayuda?
Habló las primeras palabras?	Habló con oraciones?	

¿Fue referido por alguna agencia para ser seleccionado o para nuestro programa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Algún miembro de su familia tiene un historial de abuso de drogas o alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Hay un historial de violencia física en su familia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ha vivido su hijo/a fuera del hogar a largo plazo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Algún miembro de su casa tiene una enfermedad seria o una incapacidad seria?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Algún hermano/a de su hijo/a tiene dificultades en la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene su familia alguna experiencia con <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Mover a una casa nueva <input type="checkbox"/> Adopción <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Orden de restricción <input type="checkbox"/> Otro: _____		

¿Tiene su hijo/a la oportunidad de jugar con otros niños la misma edad?	Dónde?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Con parientes
¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> A la escuela del domingo (en la iglesia)
	<input type="checkbox"/> En un grupo de juego o una hora de cuentos
	<input type="checkbox"/> Con compañeros de preescolar : (por favor liste) _____
	<input type="checkbox"/> Guardería



Sarah Kuhlemeier  
 Early Childhood Coordinator  
 27 S. State Ave.  
 Freeport, IL 61032  
 815-599-1408



Early  
 Learning  
 Academy

## Early Learning Academy Contrato de Enredo de Padres

Nombre de niño/a: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre de madre/padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

***Usted** es una parte importante de la educación de su hijo/a y de este programa. **Por favor indique abajo como quisiera ser involucrado en el programa.***

- Asistir a eventos de actividades para padres e hijos
- Ser un voluntario en la sala de clase
- Preparar materiales para la sala de clase (*cuentos en tablero de fieltro, juegos, y asistentes al maestro*)
- Ayudar con viajes de estudios y otros eventos especiales
- Compartir un pasatiempo, talento, o interés con la clase
- Asistir a eventos especiales de la sala de clase (*fiestas de fin de año, días festivos, etc.*)
- Acceder la biblioteca para uso de los padres (*libros de recursos, paquetes para uso en casa*)
- Leer un libro o contar historias con la clase
- Otro: \_\_\_\_\_

El tiempo del maestro de la sala de clase es muy limitado y al maestro le gustaría cualquier ayuda que pueda brindarle. Si no pudiera, por favor pregunte al maestro como puede ayudar en otras maneras.

Hay procedimientos específicos en cada distrito escolar para poder estar en la sala de clase en una base regular. Si quisiera perseguir esta avenida, por favor contacte a una persona del distrito para recibir más información.

*Por favor lea la declaración siguiente cuidadosamente y luego firme y feche este acuerdo.*

Yo (Nosotros) \_\_\_\_\_ entiendo (entendemos) que cada padre es una persona íntegra de **Early Learning Academy** el programa preescolar. La aprobación de mi (nuestro/a) hijo/a en **Early Learning Academy** incluye que yo (nosotros) participaré (participaremos) en el programa **por lo menos seis (6) veces** durante el año de escolar. **Dos veces de las seis tienen que incluir en asistir las conferencias de padres/maestro y/o los eventos para actividades de padres/niños.**

\_\_\_\_\_  
 Padre/Madre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
 Padre/Madre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
 Fecha



**Sarah Kuhlemeier**  
Early Learning Academy  
Program Coordinator



Early  
Learning  
Academy

### Cuestionario de la Vista y del Oído Historial del Ojo y del Oído

Nombre de hijo/a: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de madre: \_\_\_\_\_ Nombre de padre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Primer Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Segundo Número de teléfono: \_\_\_\_\_

#### Información General

1. ¿Pesó su hijo/a menos de 5 ½ libras al nacer?  Sí  No
2. ¿Tenía su hijo/a un problema con respirar al nacer?  Sí  No
3. ¿Tenía su hijo/a ictericia amarillo al nacer?  Sí  No
4. ¿Ha sufrido su hijo/a un golpe a la cabeza?  Sí  No
5. ¿Tenía la madre del hijo/a rubéola (3 días) durante su embarazo?  Sí  No
6. Liste los nombres de niños más jóvenes en la familia:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Historial de Ojos en la Familia

1. ¿Ha visitado su hijo/a al oculista?  Sí  No

Si Sí, por favor explique: \_\_\_\_\_

2. ¿Usa su hijo/a anteojos?  Sí  No
3. ¿Ha visto Ud. unos indicios que indique las dificultades de ojos con su hijo/a?  Sí  No
4. ¿Se le ven los ojos cruzados a su hijo/a especialmente cuando está cansado o enfermo?  Sí  No
5. ¿Algún miembro de la familia de su hijo/a padece de ojos cruzados?  
 Madre  Padre  Hermano/a  Abuelo/a
6. ¿Ha tenido su hijo/a una cirugía del ojo?  Sí  No
7. ¿Algún miembro de la familia de su hijo/a tiene un ojo más débil que el otro?  
 Madre  Padre  Hermano/a  Abuelo/a

#### Historial de Oídos en la Familia

1. ¿Algún miembro de la familia de su hijo/a tiene una pérdida del oído?  
 Madre  Padre  Hermano/a  Abuelo/a
2. ¿Ha tenido su hijo/a un examen del oído?  Sí  No
3. ¿Tiene su hijo/a infecciones, dolores o drenaje de los oídos?  Sí  No
4. ¿Tiene su hijo/a alergias?  Sí  No
5. ¿A su hijo/a le han extirpado por medio de cirugía los adenoides o amígdalas?  Sí  No
6. ¿Tiene su hijo/a tubos de oídos quirúrgico?  Sí  No
7. ¿Tiene su hijo/a pérdida del oído?  Sí  No

Nombre del médico de su hijo/a: \_\_\_\_\_ *Form Continued on next page!*





**Sarah Kuhlemeier**  
 Early Learning Academy  
 Program Coordinator



Early  
 Learning  
 Academy

Por favor describa preocupaciones adicionales o información sobre el oído o vista de su hijo/a:

---



---



---



---

**Screening Results**

(Office Use Only)

**Hearing 1:** \_\_\_P \_\_\_F    **2:** \_\_\_P \_\_\_F \_\_\_R \_\_\_CNT \_\_\_FNR

**Vision 1:** \_\_\_P \_\_\_F    **2:** \_\_\_P \_\_\_F \_\_\_R \_\_\_CNT \_\_\_FNR

Referred for a medical hearing evaluation?    \_\_\_Yes    \_\_\_No

Referred for a medical vision evaluation?    \_\_\_Yes    \_\_\_No

Additional Comments:

---



---



---



Sarah Kuhlemeier  
 Coordinadora de  
 La educación a temprana edad  
 815-599-1408

Spanish / Income Form

Preescolar para Todos es un programa basado en las necesidades y, como tal, se requiere que el distrito escolar verifique y copie una prueba del ingreso de su hogar de acuerdo con las siguientes pautas federales, utilizando una o más de las siguientes fuentes:

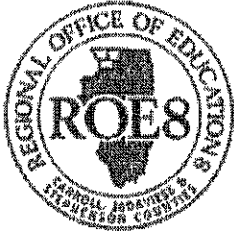
Familia/Cuantos miembros	50%	1000/0	200%		Over 400%
1	\$6030 o menos	6031 - 12060	12061 - 24120	24121 - 48240	\$48241 o mas
2	\$8120 o menos	8121 - 16240	16241 - 32480	32481 - 64960	\$64961 o mas
3	\$10210 o menos	10211-20420	20421- 40840	40841- 81680	\$81681 o mas
4	\$12300 o menos	12301-24600	24601- 49200	49201- 98400	\$98401 o mas
5	\$14390 o menos	14391-28780	28781- 57560	57561-115120	\$115121 o mas
6	\$16480 o menos	16481-32960	32961- 65920	65921-131840	\$131841 o mas
7	\$18570 o menos	18571-37140	37141- 74280	74281-148560	\$148561 o mas
8	\$20660 o menos	20661-41320	41321- 82640	82641-165280	\$165281 o mas
9	\$24840 o menos	22751-45500	45501- 91001	91001-182000	\$182001 o mas

(Personal por favor indique el nivel de ingreso arriba circulando y ponga sus iniciales y la fecha en la guía de abajo)

Verificado por y fecha	Tipo de documentación
	Los dos últimos talones de cheque consecutivos
	Beneficios del WIC
	Beneficios de estampillas de comida SNAP
	Beneficios temporales de TANF
	Beneficios del Seguro Social SSI
	Beneficios de CCAP
	La copia más reciente de sus impuestos
	Salario y su forma W-2 más reciente
	Una carta de su empleador verificando su salario
	Prueba de que el padre está inscrito en Medicaid (Una tarjeta con el nombre del niño no demuestra elegibilidad)
	Una carta escrita de la familia verificando que no tiene ningún ingreso

Yo \_\_\_\_\_ Verifico que la información anterior es verdadera y correcta.  
 Entiendo que si el ingreso de mi familia o hogar excede los montos arriba mencionados, mi hijo puede no calificar para el programa preescolar para todos a menos que se indiquen otras necesidades durante el proceso de selección.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



Sarah Kuhlemeier  
 Coordinadora de  
 La educación a temprana edad  
 815-599-1408

Como requisito del programa Preescolar para Todos financiado por la Junta de Educación del Estado de Illinois, se requiere que la siguiente información sea verificada por el distrito escolar que le brindara los servicios al inscribirse en el programa preescolar.

<b>Nombre del niño</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>

Indique todas las personas que viven en el hogar y su relación con el niño mencionado anteriormente.

Persona	Relación

Por favor marque la casilla que mejor se adapte a su estructura familiar

	Los dos padres están en casa
	Hogar de padre/madre soltero(a)
	Vive con otro adulto que no son los padres ni el tutor
	El departamento de servicios para niños y familias (DCFS) se hace cargo
	Los padres tienen la custodia compartida

Yo \_\_\_\_\_ doy testimonio de que la información arriba es correcta y verdadera.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_