



## Evaluación Familiar



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

<b>Nombre de Madre:</b>	<b>Nombre de Padre:</b>
<b>Empleador:</b>	<b>Empleador:</b>
<b>Número de Teléfono Primario:</b>	<b>Número de Teléfono Primario:</b>
<b>Tutor Legal?:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Tutor Legal?:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Estado Civil?</b> <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada	<b>Estado Civil?</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado
<b>Nivel más alto de educación completado por la madre:</b> 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"/>	<b>Nivel más alto de educación completado por el padre:</b> 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 incautaciones 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Con qué frecuencia? _____	Dónde? <input type="checkbox"/> Con parientes <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 Learning Academy  
Program Coordinator

## Evaluación Familiar

