



Nombre del Niño: _____
Fecha de Nacimiento: _____

Escuelas Publicas del Condado Miami-Dade
Florida Diagnostic and Learning Resources System – South (FDLRS-South)
Paquete de Referencia de Child Find
6521 S.W.62nd Avenue, South Miami, Florida 33143
Main Office - Phone: (305) 274-3501

Estimado Padre/Tutor,

Su hijo ha sido remitido a FDLRS-South para una evaluación para determinar la posible necesidad de servicios de educación especial de las Escuelas Públicas del Condado de Miami-Dade (por sus siglas M-DCPS). A continuación, hay una lista de los documentos que deben completarse y enviarse antes o en el momento de la evaluación programada.

Complete y proporcione la siguiente lista de documentos a FDLRS-South. Los documentos con un asterisco son necesarios para procesar el caso. Marque las casillas a la izquierda de los documentos listados si va a enviar ese artículo como parte de la referencia.

- ☐ **Copia del certificado de nacimiento del niño*** (*Si no está disponible, se aceptan pasaporte o certificado de bautismo*)
- ☐ **Documentación de custodia*** (*Requerido solo si el niño NO está bajo la custodia de un padre biológico*)
- ☐ **FDLRS- South Child Find forma de observación para los padres**
- ☐ **Equipo de Diagnostico de Prekindergarten Resumen de la Historia Psicosocial del Estudiante**
- ☐ **Encuesta Sobre el Idioma Hablado en el Hogar (FM # 5196)**
- ☐ **Carta de Consentimiento para el Intercambio Mutuo de Información (FM # 2128)**
- ☐ **Observación de las Conductas de los Estudiantes de Prekindergarten (FM # 4140 – Para que el maestro/terapeuta complete si el niño asiste a un centro de educación temprana o récipe terapia)**

Documentos Adicionales Importantes de Child Find:

Por favor, envíe copias de los siguientes registros, si están disponibles.

- ☐ **Registros médicos relevantes** (*por ejemplo, neurológicos, genéticos, etc.*)
- ☐ **Informe de la Vista o copia del Formulario de Examen de Salud de Inscripción Escolar del Estado de la Florida – Parte II Evaluación Médica (Formulario Amarillo DH 3040)**
- ☐ **Audiencia/Informe Audiológico o copia del Formulario de Examen de Salud de Entrada a la Escuela del Estado de la Florida (Formulario Amarillo DH 3040)**
- ☐ **Informe de Evaluación Psicológica**
- ☐ **Informe de Evaluación de Habla/Lenguaje**
- ☐ **Informe de Evaluación de la Conducta**

Los documentos pueden enviarse a FDLRS-South por correo electrónico a: FDLRS-South@dadeschools.net

Si necesita ayuda para completar estos formularios o si tiene alguna pregunta, llame a al 305-274-3501.

Sinceramente,
El Equipo de Child Find de FDLRS-South

Complete if the following referral is made by an Agency or School:
Contact person: _____
Agency/School: _____
Phone: _____ **Fax:** _____



Escuelas Publicas del Condado Miami-Dade
Florida Diagnostic and Learning Resources System-South (FDLRS-South)
Formulario de Observación de Padres de Child Find

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Persona que Completa este Formulario: _____ Relación con el Niño: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Marque el cuadrado al lado del comportamiento que sea motivo de preocupación (deje los cuadrados en blanco si no hay dudas).

1. Comportamientos de Atención

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Fácilmente distraído | ☐ Breve lapso de atención | ☐ Impulsivo |
| ☐ Muy activo | ☐ Dificultad para recordar cosas | ☐ Necesita mucha atención de los adultos |

2. Comportamientos Perturbadores

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Físicamente agresivo (golpes, empujones, morder, pellizcos) | ☐ Se lastima intencionalmente | ☐ Verbalmente abusivo (grita, usa lenguaje inapropiado) |
|--|--|--|

3. Indicadores sociales/emocionales

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Ansioso/nervioso | ☐ Parece infeliz | ☐ Evita la interacción con los niños |
| ☐ Se frustra fácilmente | ☐ Tiene dificultad para tunarse | ☐ Se molesta fácilmente |
| ☐ Repite los comportamientos una y otra vez (balanceo, ritmo, giro) | ☐ Juega con un juguete una y otra vez durante un período muy largo | ☐ Lloro frecuentemente |
| ☐ No se lleva bien con otros niños | ☐ Tiene rabietas frecuentes | ☐ Es demasiado temeroso en situaciones nuevas |
| ☐ Prefiere jugar solo | ☐ No se lleva bien con los adultos | ☐ No se involucra en juegos de simulación (alimentar al bebé, hablar por teléfono, etc.) |

4. Habla/Lenguaje

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ No sigue instrucciones simples | ☐ No habla en oraciones de 3-4 palabras | ☐ La voz suena diferente de otros niños (áspera, nasal, ronca, aguda, demasiado, suave, demasiado fuerte) |
| ☐ El habla no es comprendida por otros fuera de la familia | ☐ Tartamudea con los sonidos ("m, m, m, mami"), repite palabras o frases, o se "atasca" en las palabras | ☐ Tiene dificultad entendiendo lo que se le dice |
| ☐ No participa en las conversaciones | ☐ Tiene dificultad nombrando objetos básicos o personas | |
| ☐ Todavía utiliza un chupete regularmente | | |

5. Habilidades Motoras

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Parece torpe o descoordinado | ☐ A menudo se le caen las cosas, las derrama, o derriba las cosas | ☐ Es inestable al caminar |
| ☐ Tiene dificultad para pasar las paginas de un libro de cartón | ☐ Tiene dificultad para sostener una botella o taza por si mismo | ☐ Tiene dificultad para sostener un crayón grueso |

6. Habilidades de Autoayuda

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ No puede alimentarse independientemente | ☐ Tiene accidentes frecuentes para ir al baño durante el día | ☐ Necesita ayuda para lavarse/secarse las manos |
|--|---|--|

7. Problemas Sensoriales

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Es quisquilloso para comer | ☐ Sensible al uso de cierta ropa (por ejemplo, calcetines, zapatos, etiquetas de ropa) | ☐ No tolera grandes multitudes de personas |
| ☐ Se cubre las orejas al oír ruidos fuertes | | |

8. Otro

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Tiene dificultad con los cambios en la rutina | ☐ Tiene dificultad para aprender reglas simples | ☐ Tiene miedos inusuales |
| ☐ Tiene pesadillas frecuentes | ☐ Camina de puntillas | ☐ Se le ha pedido que se retire de una guardería infantil |
| ☐ Frecuentemente moja la cama | ☐ No responde al nombre cuando se le llama | |



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, psicólogos, 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 HOME LANGUAGE SURVEY

To Be Completed By Parent or Guardian

Student I.D. No. _____

Student Name _____
Last First Middle

Date of Birth _____ / _____ / _____ Grade _____ Parent Language _____ Student Language _____
Month Day Year

Date Entered U.S. School : _____ / _____ / _____ Ethnic _____ (Check all that apply) Race: White ☐ Black ☐ Asian ☐
Month Day Year Hispanic _____ (Y/N) American Indian ☐ Native Pacific Islander ☐

If the answer is "YES" to any of these questions, the student must be tested for English proficiency.

1. Is a language other than English used in the home? Yes ☐ No ☐
2. Did the student have a first language other than English? Yes ☐ No ☐
3. Does the student most frequently speak a language other than English? Yes ☐ No ☐

School _____ Date _____ Parent/Guardian Signature _____

ESCUELAS PUBLICAS DEL CONDADO DE MIAMI-DADE ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA HABLADO EN EL HOGAR

Debe ser completado por el/la padre/madre o tutor/a

No. De I.D. _____

Nombre del Estudiante _____
Apellido Nombre Inicial

Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____ Grado _____ Lengua Paterna _____ Idioma del Estudiante _____
Mes Día Año

Fecha de Entrada a la Escuela de los Estados Unidos: _____ / _____ / _____ Origen Etnico _____ (Marque todo lo pertinente) Raza: Blanco ☐ Negro ☐
Mes Día Año Hispano _____ (S/N) Asiático ☐ Indígena de los EEUU ☐ Oriundo de las Islas del Pacífico ☐

Si responde "Sí" a alguna de estas preguntas, el estudiante debe tomar un examen para saber cual es su conocimiento del Inglés.

1. ¿Usan en su casa algún otro idioma que no sea el Inglés? Sí ☐ No ☐
2. ¿Tuvo el estudiante una lengua materna distinta al Inglés? Sí ☐ No ☐
3. ¿Habla el estudiante frecuentemente otro idioma que no sea el Inglés? Sí ☐ No ☐

Escuela _____ Fecha _____ Firma del Padre/Madre _____

MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS SONDAJ SOU KI LANG TIMOUN NAN PALE

Pou paran oubyen moun ki responsab timoun nan ranpli

No. I.D. Elèv La _____

Non Elèv la _____
Non fanmi Non

Dat Fèt li _____ / _____ / _____ Klas _____ Lang paran Yo _____ Lang Elèv La _____
Mwa Jou Ane

Dat ou Antre U.S. Lekòl: _____ / _____ / _____ Etnisite _____ (Tcheke tout sa ki aplike) Ras: Blan ☐ Nwa ☐ Azyatik ☐
Mwa Jou Ane Espayòl _____ (W/N) Amriken Endyen ☐ Natif Il Pasifik ☐

Si repons lan se "Wi" pou nenpòt nan kesyon anba yo, elèv la dwe pran yon tès Anglè.

1. Eske yo sèvi ak yon lang ki pa Anglè lakay li? Wi ☐ Non ☐
2. Eske elèv la te genyen yon premye lang anvan Anglè? Wi ☐ Non ☐
3. Eske elèv la abitye pale yon lang ki pa Anglè? Wi ☐ Non ☐

Lekòl _____ Dat _____ Siyati Paran _____

**Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade
Equipo de Diagnóstico Prekindergarten
Resumen de la Historia Psicosocial del Estudiante**

			Fecha:
Nombre del niño:	# de ID:	Fecha de Nacimiento:	Edad:
Escuela:	Nombre de la persona completando el formulario:		
Cuestionario llenado por/Relación con el niño:	Firma:		
Dirección:	Renta ☐ Propietario ☐		
Teléfono:	Correo electrónico:		

COMPOSICIÓN FAMILIAR

Nombre	Relación	Vive con el niño	Edad	Ocupación
	Madre	Si / No		
	Padre	Si / No		
		Si / No		
		Si / No		
		Si / No		

Lugar de Nacimiento del niño: _____ Grupo Étnico: Madre: _____ Padre: _____
 Idioma hablado en casa: _____
 Otros idiomas que el niño ha sido expuesto: _____
 Estado civil de padres o guardianes: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado/Divorciado ☐ Viudo
 ¿Qué le preocupa de su niño?: _____

HISTORIA EDUCACIONAL

¿Está el niño asistiendo a una escuela o guardería infantil?: ☐ No ☐ Si
 Nombre de la escuela y fecha de ingreso: _____
 Describa la experiencia de su niño en la escuela, sus fortalezas, y desafíos: _____

HISTORIA DEL DESARROLLO

Describa el embarazo y el nacimiento del niño, factores de riesgo/dificultades: _____
 Gestación (meses): _____ Peso al nacer: _____ Dificultades después de nacido: _____
 ¿A qué edad el niño: Caminó: _____ Dijo sus primeras palabras: _____ Habló en frases: _____
 Entrenado para baño: _____ ¿Se orina en la cama?: ☐ No ☐ Si Explique: _____

HISTORIA MEDICA/SALUD MENTAL DEL NIÑO

Describe historia de enfermedades/enfermedades crónicas/síndromes: _____

Alergias a comidas o medicinas: _____

Lesiones/Heridas, Cirugías, Accidentes, Hospitalizaciones: ☐ No ☐ Si Explique: _____

Medicinas que está tomando actualmente: _____

Dificultades para comer: Si ☐ No ☐ Dificultades para dormir: Si ☐ No ☐ Dificultades al hablar o con el lenguaje: Si ☐ No ☐

Dificultades de la vista: Si ☐ No ☐ Usa gafas/espejuelos: Si ☐ No ☐ Dificultades de audición: Si ☐ No ☐

¿Ha sido el niño examinado por un neurólogo, psicólogo, u otro especialista? No ☐ Si ☐ Explique: _____

¿Se le ha hecho al niño algunas pruebas de diagnóstico tales como MRI, EEG, etc.? No ☐ Si ☐ Explique: _____

¿Ha recibido el niño terapia de habla y lenguaje? Si ☐ No ☐ Si la ha recibido, indique lugar y fechas: _____

¿Ha recibido el niño terapia ocupacional, física, o de comportamiento (ABA)? Si ☐ No ☐

Si las ha recibido, donde y en que fechas: _____

Historia familiar de problemas de aprendizaje/médicos/salud mental: _____

RELACIONES INTERPERSONALES/COMPORTAMIENTO

Describe el comportamiento general del niño en el hogar: _____

Métodos de disciplina usados en el hogar: _____

Describe las relaciones del niño con otros niños: _____

Intereses y fortalezas del niño: _____

Comportamiento: Se distrae fácilmente: Si ☐ No ☐ Se frustra fácilmente: Si ☐ No ☐ Agresivo: Si ☐ No ☐

Independiente: Si ☐ No ☐ Impulsivo: Si ☐ No ☐ Perretas/Rabietas: Si ☐ No ☐

Si contesta que sí, explique: _____

EXPERIENCIAS TRAUMATICAS/CAUSANTES DE ESTRES

Ha estado en niño expuesto/afectado por: Separación/Divorcio: Si ☐ No ☐

Enfermedades graves o muerte en la familia: Si ☐ No ☐ Intervención de la policía o DCF: Si ☐ No ☐

Eventos catastróficos: Si ☐ No ☐ Pérdida del hogar, desamparo: Si ☐ No ☐

Si contesta que sí, explique: _____

Información Adicional: _____



Miami-Dade County Public Schools
OBSERVACION DEL COMPORTAMIENTO DEL ESTUDIANTE DE PREKINDERGARTEN

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
Observador _____ Escuela _____

Para completar por la(s) maestra(s) o terapeuta(s) del niño. Por favor marque los comportamientos que ocurren con más frecuencia que lo usual para niños de la misma edad. Si ningún comportamiento le preocupa, marque "Apropiado para su edad."

I. Atención

- | | |
|---|---|
| ☐ Se distrae fácilmente | ☐ Se molesta/enoja cuando se cambian los planes |
| ☐ Presta atención por muy poco tiempo | ☐ Es demasiado activo/hiperactivo |
| ☐ Es impulsivo | ☐ Le es difícil recordar cosas |
| ☐ Necesita ayuda de un adulto para permanecer concentrado en una tarea | ☐ Parece estar "soñando despierto" o estar pensando en otras cosas |
| ☐ Necesita demasiada atención de la maestra | ☐ Apropiado para su edad |

II. Comportamientos Inapropiados o que Interrumpen al Grupo

- | | |
|---|---|
| ☐ Discute con frecuencia | ☐ Es agresivo verbalmente |
| ☐ Es agresivo físicamente (pega, pateo, rompe cosas, etc.) | ☐ Intimida o controla por la fuerza a sus compañeros |
| ☐ Se hace daño a sí mismo e.g. _____ | ☐ Apropiado para su edad |

III. Indicadores de Ansiedad/Tristeza

- | | |
|--|--|
| ☐ Es retraído | ☐ Se siente abrumado o agobiado fácilmente |
| ☐ Es ansioso/nervioso | ☐ Lloro fácilmente, en momentos inapropiados |
| ☐ Parece descontento, triste | ☐ Su estado de ánimo muestra cambios inapropiados |
| ☐ Se enferma cuando se enoja, se preocupa, o se frustra | ☐ Apropiado para su edad |

IV. Lenguaje/Habla

- | | |
|--|--|
| ☐ Tiene dificultad para comprender instrucciones u órdenes | ☐ Tartamudea con frecuencia (e.g. m,m,m,muchos), repite palabras, frases o "se traba" al tratar de decir palabras |
| ☐ Tiene dificultad para nombrar personas u objetos | ☐ Tiene la voz ronca o nasal |
| ☐ Tiene dificultad para hablar usando oraciones completas | ☐ Apropiado para su edad |
| ☐ Tiene dificultad para sostener el tópico de la conversación | |
| ☐ Es difícil comprender lo que dice | |

V. Social/Emocional

- | | |
|--|---|
| ☐ Tiene dificultad para controlarse a sí mismo al frustrarse | ☐ Tiene dificultad para jugar con grupos de niños |
| ☐ Tiene dificultad para compartir con otros niños | ☐ Evita la interacción con otros niños |
| ☐ Muestra comportamientos repetitivos e.g. _____ | ☐ Le dan perretas/pataletas ¿Cuánto duran?: _____ |
| ☐ Se enoja o frustra fácilmente | ☐ Tiene dificultad para esperar su turno |
| ☐ Muestra reacciones inusuales a estímulos sensoriales (e.g. luces, sonidos, olores, sabores, etc.) | ☐ No utiliza la imaginación o la fantasía al jugar |
| | ☐ Apropiado para su edad |

VI. Coordinación Motriz Gruesa y Fina

- | | |
|---|--|
| ☐ Muestra poca estabilidad al caminar | ☐ Con frecuencia se le caen objetos, los tumba, o se le derraman líquidos |
| ☐ Muestra poca coordinación muscular | ☐ Apropiado para su edad |
| ☐ Tiene dificultad para utilizar un lápiz o crayón | |

VII. Actividades Cotidianas

- | | |
|---|---|
| ☐ Con frecuencia tiene "accidentes" en vez de ir al baño | ☐ Necesita ayuda para comer e.g. _____ |
| ☐ Necesita ayuda para lavarse y secarse las manos | ☐ Apropiado para su edad |

Comentarios / Areas que le preocupan: _____

Firma _____ **Fecha** _____



Lista de Verificación de Visión y Audición Completada por los Padres

Nombre del Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha: _____ Nombre de Padre/Tutor: _____

Visión

¿Su hijo(a) usa espejuelos o lentes? ____si ____no

¿Le preocupa la habilidad de ver de su hijo(a)? ____si ____quizás ____no

¿Su hijo(a) ha sido referido a un oftalmólogo? ____si ____no

¿Ha sido examinado su hijo(a) por un oculista? ____si ____no

Diagnóstico/recomendaciones para el seguimiento: _____

Nombre del Doctor: _____ Fecha de la prueba: _____

Comentarios: _____

Por favor complete si no ha tenido una evaluación de visión formal:

	Si	No
¿Uno o ambos ojos giran hacia adentro o hacia afuera?		
¿Puede su hijo(a) señalar las imágenes de un libro?		
¿Puede su hijo(a) hacer un rompecabezas simple? (Localizar dónde van las piezas/poner las piezas en su lugar)		
¿Puede su hijo(a) seguir la trayectoria y reventar burbujas cuando juega con burbujas?		
¿Puede su hijo(a) encontrar o recoger objetos pequeños del piso y/o superficie?		
¿Su hijo(a) señala cosas en su entorno?		
¿Su hijo(a) alcanza los objetos que le muestran?		

Audición

¿Su hijo(a) tiene P.E. tubes? ____si ____no

¿Le preocupa la habilidad auditiva de su hijo(a)? ____si ____quizás ____no

¿Su hijo(a) ha sido referido a un audiólogo? ____si ____no

¿Su hijo(a) ha sido evaluado por un audiólogo? ____si ____no

Nombre del audiólogo: _____ Fecha de la prueba: _____

Nombre del pediatra (si lo completo el pediatra): _____

Comentarios: _____

Por favor complete si su hijo(a) no ha tenido una evaluación de audición formal:

	Si	No
¿Su hijo(a) no responde a los sonidos típicos en su entorno? (es decir, ladrido de perro, timbre de puerta, artículo que cae atrás)		
¿Su hijo(a) a menudo no responde a su nombre o a un ruido que usted esperaría que escuchara? (es decir, un fuerte sonido, algo cayendo)		
¿Responde su hijo(a) cuando lo llama por su nombre?		
¿Su hijo(a) repite las palabras que usted dice?		
¿Su hijo(a) señala cosas que usted señala verbalmente? (es decir, mira al pájaro en el cielo, mira a ese perro, etc.)		
¿Su hijo(a) participa en conversaciones?		