

**PERFIL DEL NIÑO**

Las siguientes preguntas nos ayudarán a comprender mejor a su hijo/a y a conocer que es normal o común para él/ella o si hay algo en lo cual deberíamos preocuparnos:

*Label Here*  
 Child's Name \_\_\_\_\_  
 Program \_\_\_\_\_  
 PY \_\_\_\_\_

1	¿Qué es lo que usted le gusta más de su hijo/a?
2	Mencione una o dos cosas que su hijo/a le gusta hacer o que hace muy bien.
3	¿Qué hace enojar o sentir triste a su hijo/a?
4	¿Qué asusta a su hijo/a?
5	¿Cómo le dice su hijo/a a usted cuando quiere o necesita algo?
6	¿Tiene usted dificultad en entender cuando su hijo/a habla (en el lenguaje que habla)? __ No __ Poco __ Mucho
7	¿Tienen otras personas dificultad para entender lo que su hijo/a dice (en el lenguaje que usualmente habla)? __ No __ Poco __ Mucho
8	¿Tiene su hijo/a dificultad para expresar sus ideas, se confunde frecuentemente?
9	¿Considera usted que su hijo/a es lento/a al captar ideas o expresiones o parece que no comprende muy bien?
10	¿Necesita su hijo/a asistencia para ir al baño durante el día o por la noche? ¿Se moja su ropa? __ Nunca __ Algunas veces __ Frecuentemente
11	¿Ha tenido su hijo/a la oportunidad de alimentarse por sí mismo/a? (tomando agua de un vaso, usando utensilios, sirviéndose si mismo, etc.) ¿Qué tan bien lo hace?
12	¿Dónde come las comidas su hijo/a? ¿Con quien?

**PERFIL DEL NIÑO**

<b>Child Name:</b> _____ <b>Program:</b> _____																									
13	¿Ha tenido su hijo/a la oportunidad de vestirse solo/a? ¿Hay ropas con las cuales su hijo/a necesita asistencia ( <i>pantalones, abrigos, camisas, zipers, botones, etc.</i> )?																								
14	¿Toma siestas su hijo/a? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí    Si las toma, ¿Por cuánto tiempo? ¿A qué hora/s?																								
15	¿A qué hora se va su hijo/a a dormir por la noche? ¿Dónde? ¿A qué hora se despierta?																								
16	¿Juega su hijo/a mejor cuando lo hace solo? <input type="checkbox"/> ¿con adultos?, <input type="checkbox"/> ¿con sus hermanos?, <input type="checkbox"/> ¿con otros niños? <input type="checkbox"/> ¿Cuáles son las edades con las que juega? _____																								
17	¿Cuántas veces sale su hijo/a a jugar afuera en la semana?																								
18	¿Ha sucedido algún evento muy importante que haya afectado a su hijo/a o a su familia (una mudanza, un nuevo bebé, etc.)?																								
19	¿Le ha sucedido o ha visto violencia o abuso su niño/a? ¿En el caso que si, que ha visto o le ha sucedido?																								
20	¿Cómo disciplina a su hijo/a? <input type="checkbox"/> Le quita la televisión <input type="checkbox"/> Le da golosinas <input type="checkbox"/> Lo manda a su cuarto <input type="checkbox"/> Lo sienta en una esquina <input type="checkbox"/> Le quita sus juguetes <input type="checkbox"/> Le pega <input type="checkbox"/> Lo regaña <input type="checkbox"/> Le grita <input type="checkbox"/> Lo abraza <input type="checkbox"/> Razona con él/ella <input type="checkbox"/> Le dice cuánto lo quiere <input type="checkbox"/> Le quita su comida <input type="checkbox"/> Lo deja adentro cuando lleva a otros niños afuera <input type="checkbox"/> Lo acurruca, le muestra afecto ¿Qué otras maneras de disciplina ha tratado?																								
21	<p>¿Aproximadamente a qué edad su hijo/a aprendió a hacer las siguientes cosas?:</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Habilidades</th> <th style="width: 10%;">Edad</th> <th style="width: 30%;">Habilidades</th> <th style="width: 10%;">Edad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A sentarse sin ayuda</td> <td></td> <td>A vestirse por sí mismo (<i>ponerse pantalones o camisas</i>)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>A gatear</td> <td></td> <td>A alimentarse por si mismo (<i>con los dedos</i>)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>A caminar (<i>varios pasos sin ayuda</i>)</td> <td></td> <td>A seguir direcciones de un solo paso</td> <td></td> </tr> <tr> <td>A hablar (<i>una palabra</i>)</td> <td></td> <td>A ir al baño – por la noche</td> <td></td> </tr> <tr> <td>A hablar (<i>de combinando palabras a frases cortas</i>)</td> <td></td> <td>A ir al baño – por el día</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Habilidades	Edad	Habilidades	Edad	A sentarse sin ayuda		A vestirse por sí mismo ( <i>ponerse pantalones o camisas</i> )		A gatear		A alimentarse por si mismo ( <i>con los dedos</i> )		A caminar ( <i>varios pasos sin ayuda</i> )		A seguir direcciones de un solo paso		A hablar ( <i>una palabra</i> )		A ir al baño – por la noche		A hablar ( <i>de combinando palabras a frases cortas</i> )		A ir al baño – por el día	
Habilidades	Edad	Habilidades	Edad																						
A sentarse sin ayuda		A vestirse por sí mismo ( <i>ponerse pantalones o camisas</i> )																							
A gatear		A alimentarse por si mismo ( <i>con los dedos</i> )																							
A caminar ( <i>varios pasos sin ayuda</i> )		A seguir direcciones de un solo paso																							
A hablar ( <i>una palabra</i> )		A ir al baño – por la noche																							
A hablar ( <i>de combinando palabras a frases cortas</i> )		A ir al baño – por el día																							
22	¿Qué cosas bien importantes quisiera usted que Head Start le enseñara a su hijo/a?																								
23	¿Algo más que quisiera decirnos acerca de su hijo/a?																								