



Shaffer Elementary School BOARD OF TRUSTEES

"Excellence In Education"
P.O. Box 320
Litchfield, CA 96117
(530) 254-6577 FAX (530)-254-6126
www.shafferschool.com

Sean Baldwin
Jeffrey Canadas
Lynda Joseph
Nancy Satoca
Kathi Sherman

"Shaffer ROCKS"

Terri Daniels
Superintendent/Principal

SHAFFER ELEMENTARY SCHOOL

CUESTIONARIO DEL KINDER

FECHA _____

ANTECEDENTES DE FAMILIA

Nombre del niño/niña _____ Como le quieren
que le llamen e la escuela

Fecha de nacimiento _____ Numero de telefono _____

Dirección _____ de
correo _____

Dirección de la casa _____

Nombre de la madre _____ Ocupación _____

trabajo # _____

Nombre del padre _____ Ocupación _____

Trabajo # _____

<u>Otros niños en la Familia</u>	<u>Año de nacimiento</u>	<u>Edad</u>	<u>Gadro</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Ha habido divorcio, o muertes, o enfermedades en la familia que puedan afectar a su niño/niña?

EXPERIENCIAS SOCIALES

1. Circule los lugares que su niño/niña a visitado.:

La tienda
montañas

el mar

el zologico

la lecheria

fabricas

granja

aeropuerto

calles centricas

museo

feria

ciudad

2. A donde a viajado su niño/niña? _____

3. Como a viajado su niño/niña? _____

4. Su niño/niña a asistido ala prescolar? _____ Cual? _____

5. Su niño/niña juega cayado o activamente? _____

6. Con quien juega su niño/niña? _____ solo/sola _____,
Con niños/niñas grandes _____, con niños, niñas chicos _____, Pasa la moyoria del
tiempo con adultos _____.

7. Su niño/niña juega mas solo , sola _____, Con niños/niñas de su edad _____, con
niños _____, con niñas _____.

8. Como diria que es su niño/niña un lider o un seguidor? _____

9. Que actividades disfruta su niño/niña afuera? _____

10. Su niño/niña disfruta ver televisión? _____

11. Cuales son sus programas favoritos? _____

12. Le gustan los libros a su niño/niña? _____

13. Usted le leé a su niño/niña? _____ cuanto? _____

14. Su niño/niña se acuerda de canciones o sabe rimar? _____

15. Su niño/niña a tenido experiencia con crayolas y pinturas? _____

16. Su niño/niña escoge la ropa que se va a poner? _____

17. su niño/niña celebra dias de fiesta tradicionales ? _____

18. Usted celebra cumpleaños en su casa? _____
Si es si, por favor explique

19. Su niño/niña se acuerda de eventos especiales que an pasado? _____

DESARROLLO

1. Aque edad su niño/niña: camino solo/sola _____, comio
solo/sola _____, Hablo en oraciones _____

2. Su niño/niña usa la mano derecha o izquierda? _____

3. Su niño/niña se viste solo/sola? _____

4. Por favor de circular las cosas que su niño/niña puede hacer: Amarrarze los zapatos
abrochar subirse el zierre

5. Su niño/niña puede saltar espacios? _____

6. Su niño/niña puede escribir su nombre? _____

7. Su niño/niña sabe de peligros , como ensendios , electricidad, trafico, y estraños?

8. Su niño/niña puede estar en situaciones nuevas , sin mostrar miedo? _____

9. Su niño/niña actua bien cuando lo/la corrigen? _____

10. Su niño/niña va al bano sin ayuda? _____

11. Su niño/niña se orina en la cama? _____ nunca ocacionalmente aveces

12. Circule las características que se aplican a su niño/niña:

Llora facil hace berrinches muestra miedo en situaciones nuevas

resentido suena despierto

Destruidor/a habla con quejidos se muerde la unas problemas para comer

chupa el dedo

se enoja facil

no le gusta compartir

celoso

ninguno de esto

13.Describa a su niño/niña:

14. Cuales son las partes mas fuertes de niño/niña? _____

15. Cuales son las partes mas debiles de su niño/niña

AJUSTES ALA ESCUELA

1. Su niño/niña se puede sentar y escuchar una historia por 5- 10 minutos?

2. Su niño/niña escucha sin interrumpir cuando alguien esta hablando? _____

3. Su niño/niña comparte y toma turnos? _____

4. Su niño/niña puede irse ala casa de la parade del camion? _____

5. Su niño/niña sabe su numero de telefono.
_____ o dirección _____

6. Que quiere usted que su niño/niña aprenda en el kinder? _____

7. Que otra cosa usted usted quiera que sepa la maestra sobre su niño/niña?

8. Ustedes estan interesados en ayudar en la clase? _____
Si es si, cuales dias son mejores para usted?

9. Ustedes estarian interesados en mandar comida, o ingredientes para cosinar en la
clase? _____

10. Cuando es el major tiempo para hablar con usted? (por favor circula uno)

Mama:

mañana

tarde

noche

Papa:

mañana

tarde

noche

NAME _____ M ___ F ___ Birth date & Place _____

Address (Physical) _____ P.O. Box _____, Zip _____

Language Spoken at Home _____

Last School Attended _____

City & State _____

OFFICE USE ONLY

Inter District: Yes No

Grade: _____

Teacher: _____

Date Entered: _____

Birth Certificate: _____

Immunization: _____

Dental Screening: _____

Physical: _____

Place of Employment _____

Father

Mother

PARENTS & GUARDIANS

Relationship	Name	Living with Pupil	Home Phone	Work Phone
--------------	------	-------------------	------------	------------

Father

Mother

Guardian

BROTHERS & SISTERS

Name	Grade	School	Birth date
------	-------	--------	------------

IF UNABLE TO CONTACT PARENT IN AN EMERGENCY, A FRIEND OR RELATIVE, THE SCHOOL CAN CONTACT:

Name	Relationship	Phone Number
------	--------------	--------------

VISION 1. Does your child have vision or eye problem? Yes ___ No ___

2. Does your child need to wear glasses? Yes ___ No ___

If yes, just for reading _____ all the time _____

HEARING 1. Does your child have a history of earache or ear infection? Yes ___ No ___

2. Does your child have a hearing problem? Yes ___ No ___

3. If yes, explain: _____

MEDICAL HISTORY

Has Your Child Had ---

- Allergies Yes ___ No ___
- Heart Disease Yes ___ No ___
- Asthma Yes ___ No ___
- Orthopedic Problem Yes ___ No ___
- Convulsive Disorders (Seizures) Yes ___ No ___
- Diabetes Yes ___ No ___

If yes on any of the above, please explain:

PAST SCHOOL HISTORY

Has Your Child ---

- Repeated a grade? Yes ___ No ___
- Attended a Special Education Program? Yes ___ No ___

If yes, please indicate which type ----

- ___ Educationally Handicapped (EH)
- ___ Learning Disabilities (LDG)
- ___ Educable Mentally Retarded (EMR)
- ___ Speech
- ___ Gifted
- ___ Other - Explain _____

Parent/Guardian Signature _____

Date _____

COMMENTS -

SHAFFER ELEMENTARY SCHOOL

STUDENT NAME _____ TEACHER _____
(office only)

GENDER _____ GRADE _____ DATE OF BIRTH _____

***ETHNICITY – (Please check one)**

African/African American _____
American Indian or Alaskan Native _____
Asian/Asian American _____
Filipino/Filipino American _____
Hispanic/Latino _____
Pacific Islander _____
White (not of Hispanic origin) _____

***PARENT EDUCATION LEVEL – Parent with higher education level – (Please check one)**

Not a High School graduate _____
High School graduate _____
Some College _____ (No degree earned)
Some College _____ (AA/AS degree earned)
College graduate _____
Graduate school/post graduate training _____

***HOME LANGUAGE – (Please check one)**

English	_____	Lao	_____
Armenian	_____	Philipino	_____
Cantonese	_____	Russian	_____
Hmong	_____	Spanish	_____
Khmer	_____	Vietnamese	_____
Korean	_____	Other	_____

***Mobility – What is the grade you child first attended this school: _____**

(We are requesting the above information to assist us in paperwork required by the State of California. This is not mandatory.)

SPANISH

Fecha _____

Escuela _____

Maestro(a) _____

ESTUDIO DEL IDIOMA DEL HOGAR

El Código de Educación de California requiere que las escuelas determinen el idioma que se habla en el hogar de cada estudiante. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proporcionar instrucción significativa a todos los estudiantes.

Le pedimos su cooperación en ayudarnos a cumplir este requisito importante. Por favor conteste las siguientes preguntas y haga que su hijo o hija devuelva esta forma a su maestro. Gracias por su ayuda.

Nombre del alumno: _____

Apellido _____

Primero _____

Segundo _____

Grado _____

Edad _____

- 1 . Cuando su hijo(a) empezó a hablar Cuál idioma aprendió primero?

2. ¿Cuál idioma usa principalmente su hijo(a) cuando conversa en la casa?

3. ¿Cuál idioma usa Ud. Con más frecuencia cuando habla con su hijo(a)?

4. ¿Cuál(es) idioma(s) hablan los adultos con más frecuencia en la casa?:
a. _____
d. _____
e. _____

State of California
Department of Education
OPER – LS 77

Firma del padre o tutor _____

Forma oral de la petición del evaluación/de la renuncia de la salud

(Vuelva esta forma a la escuela antes del 31 de mayo)

California ley, *Código de la educación* Sección 49452.8, ahora requiere que su niño tenga un examen oral de la salud antes del 31 de mayo en jardín de la infancia o el primer grado, cualquiera es su primer año de la escuela pública. La ley especifica que la evaluación se debe realizar por un dentista licenciado o un profesional dental licenciado o otro registrado de salud. Los exámenes orales de la salud que han sucedido dentro de 12 meses antes de que su niño entra en la escuela también resuelven este requisito. Si usted no puede llevar a su niño para este examen, usted puede ser excusado de este requisito terminando la sección 3 de esta forma.

SECCIÓN 1 (Ser terminado por el padre o el guarda)

Nombre el Nino (Apellido):	Primer Nombre:	Medio Inicial:	Fecha de nacimiento del niño:
Dirección:			Apartamento. o No. del espacio.:
Ciudad:			Código postal :
Nombre de la escuela:	Maestra(o):	Grado:	Género del niño: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del padre/ del guardian (impresión):	Raza /pertenencia étnica del niño: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo Alaska <input type="checkbox"/> Americano Negro/Africano <input type="checkbox"/> Hispanico/Latino <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Isleño Hawaiano/Pacífico Nativo <input type="checkbox"/> Multi-racial <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Desconocido		

En firmando esta forma, estoy en consentiendo para que el niño nombrado arriba recibe un examen oral básico de la salud/una dental. Entiendo que este examen es solamente una evaluación muy básica. Los exámenes dentales encuentran solamente problemas dentales obvios y para identificar a los niños que necesitan cuidado dental. No se tomó ningunas radiografías, y este examen no substituye una examinación dental cuidadosa de un dentista. También, no sostendré al dentista o a éstos que realizan esta evaluación responsable de las consecuencias o de los resultados orales de la salud si elijo no seguir las recomendaciones del tratamiento enumeradas abajo.

Padre/guardian/firma del representate

Fecha

SECCIÓN 2 - Colección de datos oral de la salud

Ser cumplido por el profesional dental que conduce el evaluación

Fecha del examen:	Rellenos visibles presentes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presente visible de la carie? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Urgencia del tratamiento: <input type="checkbox"/> Ningún problema dental obvio fue encontrado. <input type="checkbox"/> Evaluación adicional se necesita. Contactar con un dentista para un examen cuanto antes. <input type="checkbox"/> Algunos problemas dentales. Contactar un dentista inmediatamente.
-------------------	--	---	---

Firma del profesional dental

Fecha

SECCIÓN 3 - Renuncia del requisito oral de la evaluación de la salud

Ser cumplido por un padre o un guardian que solicita para ser excusado de este requisito

Solicito que excusen a mi niño del requisito oral del examen de la salud por la razón siguiente: (Por favor marque la caja que describe lo más mejor posible la razón.)

- No puedo encontrar una oficina dental que tome mi seguros de salud niño. El siguiente cubre a mi niño los seguros:
 Medi-Cal/Denti-Cal Familias sanas Healthy Kids Ninguno Otro _____
- No puedo pagar por un examen oral de la salud para mi niño.
- No deseo que mi niño recibe un examen oral de la salud.
- Otro razón mi niño no podría conseguir una examinacion oral de la salud (opcional):

Firma del padre o del guardian

Fecha

La ley de California requiere escuelas mantegan la aislamiento información de la salud de los estudiantes'. La identidad de su niño no será asociada con ningún informe producido como resultado de este requisito. Si usted tiene cualesquiera preguntas sobre este requisito, por favor de contactar su oficina de la escuela.

INFORME DEL EXAMEN DE SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA

Para proteger la salud de los niños, la ley de California exige que antes de ingresar a la escuela todos los niños tengan un examen médico de salud. Por favor, pídale al examinador de salud que llene este informe y entreguelo a la escuela—este informe será archivado por la escuela en forma confidencial.

PARTE I PARA SER LLENADO POR EL PADRE/LA MADRE O EL GUARDIÁN

NOMBRE DEL NIÑO/NIÑA—Apellido	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento—Mes/Día/Año
DOMICILIO—Número y Calle	Zona Postal	Escuela
Primer Nombre	Ciudad	

PARTE II PARA SER LLENADO POR EL EXAMINADOR DE SALUD

EXAMEN DE SALUD
AVISO: Todas las pruebas y evaluaciones excepto el análisis de sangre para el plomo deben ser hechas después de la edad de 4 años y 3 meses.

PRUEBAS Y EVALUACIONES REQUERIDAS	FECHA(mm/uu/dd/aa)
Historia de Salud	/ / / /
Examen Físico	/ / / /
Evaluación de Dientes	/ / / /
Evaluación de Nutrición	/ / / /
Evaluación del Desarrollo	/ / / /
Pruebas Visuales	/ / / /
Pruebas con Audiómetro (auditivas)	/ / / /
Pruebas con Tuberculina (Mantoux/PPD)	/ / / /
Análisis de Sangre (para anemia)	/ / / /
Análisis de Orina	/ / / /
Análisis de Sangre para el plomo	/ / / /
Otra	/ / / /

REGISTRO DE INMUNIZACIONES

Aviso al Examinador: Por favor dé a la familia, una vez completado, o a la fecha, el Registro de Inmunización de California en papel amarillo.
Aviso a la Escuela: Por favor apunte las fechas de inmunización sobre el Registro de Inmunización de la escuela de California en papel azul.

VACUNA	FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA				
	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto	Quinto
POLIO (OPV o IPV)					
DTaP/DTTP/DTTd (difteria, tétano y [acelular] pertusis [tos ferina]) O (tétano y difteria solamente)					
MMR (sarampión, paperas, rubéola)					
HIB MENINGITIS (Hémófilo, Tipo B) (Requerida para centros de cuidado para niños y centros preescolares solamente)					
HEPATITIS B					
VARICELA (Viruelas locas)					
OTRA					
OTRA					

PARTE III INFORMACIÓN ADICIONAL DEL EXAMINADOR DE SALUD (opcional)

RESULTADOS Y RECOMENDACIONES
 Llene esta parte si el padre/la madre o el guardián ha firmado el consentimiento para divulgar (distribuir) la información de salud de su niño/niña.

- El examen reveló que no hay condiciones que conciernen las actividades de los programas escolares.
- Las condiciones encontradas en el examen o después de una evaluación posterior que son de importancia para la actividad escolar o física son: (por favor explique)

PERMISO PARA DIVULGAR (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD
 Yo le doy permiso al examinador de salud para que comparta con la escuela la información adicional de este examen como es explicado en la Parte III.

Por favor marque esta caja si Ud. no desea que el examinador llene la Parte III.

Firma del padre/madre o guardián	Fecha
Nombre, domicilio, y teléfono del examinador	Fecha
Firma del examinador de salud	Fecha

*Si su niño o niña no puede obtener el examen de salud llame al Programa de Salud para la Prevención de Incapacidades de Niños y Jóvenes (Child Health and Disability Prevention Program) en su departamento de salud local. Si Ud. no desea que su niño(a) tenga un examen de salud, puede firmar la orden (PM 171 B), formulario que se consigue en la escuela de su niño(a).
 CHDP website: www.dhs.ca.gov/chdp*