



**Mukilteo**  
School District

For School Use – School Code: \_\_\_\_\_

## Cuestionario de Kínder

Nombre de estudiante: \_\_\_\_\_  
*Nombre* *Apellido(s)*

Nombre para usar en la escuela (si fuera diferente): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de estudiante (mes/día/año): \_\_\_\_\_ Género  M  F

Idioma principal del estudiante:  Inglés  Otro (idioma(s)): \_\_\_\_\_

¿Su estudiante ha recibido servicios de educación especial? (¿Plan IEP/504?)  Sí  No

Si el inglés no es el idioma principal de su estudiante, ¿cómo describiría sus habilidades del lenguaje?  
 No inglés  algo de inglés/empezando  casi todo inglés/fluído en el inglés

¿Las madres/padres/tutores requieren intérprete en juntas?  No  Sí (qué idioma): \_\_\_\_\_

### Información básica y experiencias sociales

1. ¿Cuántos niñas(os) hay en su familia?

Nombre y edades: \_\_\_\_\_

2. ¿Cómo se llaman los adultos que viven en casa y qué relación tienen con el estudiante (por ej.: mamá, papá, abuela, amiga)?

\_\_\_\_\_

3. ¿Ha asistido su hija(o) a una guardería en el pasado?  Sí  No

4. ¿Cómo va su estudiante a regresar a casa durante este año escolar?

Autobús escolar  Familiares le recogerán  Guardería

Si su estudiante irá a una guardería después de clases, anote nombre y número telefónico de la persona o guardería que le estará cuidando.

\_\_\_\_\_

5. ¿Su estudiante asistió al preescolar, ECEAP o Head Start?  Sí  No

(Si contestó sí: por cuántos años y nombre de la escuela) \_\_\_\_\_

6. ¿Su estudiante ha estado en algún tipo de situación grupal fuera de guardería o preescolar?

*Más preguntas al reverso de la hoja*

Sí  No

Describe: \_\_\_\_\_

7. ¿Cómo describiría el comportamiento social de su estudiante (tímido, líder, impulsivo, activo, otro)?

\_\_\_\_\_

8. ¿Cuáles son las actividades que su estudiante disfruta? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Desarrollo y experiencia pre-académica**

1. ¿Su estudiante es zurdo o derecho? \_\_\_\_\_

2. Marque las cosas que su estudiante sabe hacer:

Amarra zapatos  cierre/cremallera  abotonar  abrochar  saltar  sabe colores  escribe su nombre

3. ¿Hasta qué número cuenta? \_\_\_\_\_

4. ¿Conoce las figuras geométricas (por ej., círculo, cuadrado, triángulo, rectángulo)? \_\_\_\_\_

5. ¿Ha tenido experiencia con estas herramientas? (marque si es sí):

Lápiz  Crayones  Tijeras  Pegamento  Pintura

6. ¿Cuántos nombres de letras se sabe?  Todos  Muchos  Algunos  Ninguno

7. ¿Cuántos sonidos de letras se sabe?  Todos  Muchos  Algunos  Ninguno

8. ¿Sabe leer palabras o enunciados? \_\_\_\_\_

9. ¿Ha usado computadora alguna vez? \_\_\_\_\_ Si es así, ¿qué tipo de actividades?

\_\_\_\_\_

### **Adaptación escolar**

1. ¿A su estudiante le cuesta trabajo algo de lo siguiente?

Sentarse quieto y escuchar  Separarse de sus padres  Compartir y tomar turnos  
 Controlar su enojo  Calmarse si está molesto  Ajustarse a nuevas situaciones o personas  
 Lidar con ruidos, texturas u otros problemas sensoriales  Hacer del baño independientemente

2. ¿Tiene alguna petición o información que brindar que nos ayude a colocar a su estudiante en un grupo "que le quede bien"? ¿Ha habido algún divorcio, fallecimiento, padecimiento en la familia u otra circunstancia que pudiera afectar a su estudiante? ¿Hay algo más que quiera informarle a la maestra(o) de su estudiante?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_