



**DEPARTMENT OF CURRICULUM & INSTRUCTION**

**Central Kitsap School District, Silverdale, Washington 98383**

**CUESTIONARIO PARA JARDIN DE NINOS**

Fecha \_\_\_\_\_

**FORMACION DE FAMILIA**

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Nombre que usa el niño en la escuela \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Teléfono del hogar \_\_\_\_\_  
(mes) (día) (ano)

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Nombre de madre \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Nombre de padre \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Acudiente (si no hay padres) \_\_\_\_\_ Parentesco al niño \_\_\_\_\_

<u>Otros niños en la familia</u>	<u>Edad</u>	<u>Nivel en la escuela</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Ha sucedido un divorcio, muerte o enfermedad en la familia que puede afectar al niño?  
\_\_\_Si \_\_\_No

Como será el niño transportado a la escuela? \_\_\_Autobús \_\_\_Camina \_\_\_Padres

Se habla otra idioma en el hogar? Si, que idioma? \_\_\_\_\_

**EXPERIENCIAS SOCIALES**

1. Ha atendido el preescolar su niño? \_\_\_Si \_\_\_No Si, Que tantos anos? \_\_\_\_\_

2. Juega su niño activamente o calladamente? \_\_\_\_\_
3. Con quien juega su niño? (Verificar que aplica.)  
 Solo                       Con niños mas mayores       Con niños mas jóvenes  
 Con chicos                       Con chicas                       Con niños de la misma edad
4. Dirá usted que su niño es un lidero o seguidor? \_\_\_\_\_
5. Que actividades disfruta su niño fuera? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
6. Que actividades disfruta su niño adentro? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
7. Disfruta su niño de mirar televisión? \_\_\_\_\_
8. Lee usted a su niño? \_\_\_\_\_ Con que frecuencia? \_\_\_\_\_
9. Puede su niño recordar canciones o rimas? \_\_\_\_\_
10. Celebra usted los cumpleaños/días feriados? \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

**DESAROLLO**

1. Tiene su niño cualquier problema de salud que la escuela debe ser consciente de? (si eso es el caso, que)?  
 \_\_\_\_\_
2. Tiene su niño alergias de comidas? \_\_\_\_\_
3. Escribe su niño con la izquierda o derecha mano? \_\_\_\_\_
4. Puede su niño imprimir su primer nombre? \_\_\_\_\_
5. Tiene su niño algunos problemas o necesidades especiales? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
6. Que disciplina trabaja mejor con su niño? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
7. Como espera usted que su niño sea disciplinado en la escuela? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
8. Que dice usted que son los esfuerzos de su niño? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ADJUSTAMIENTO EN LA ESCUELA**

1. Que espera usted que adquirirá su niño a través del Jardín de Niños?

---

---

2. Que mas quiere usted que la maestra de su niño sepa de su niño?

---

3. Seria usted intensado en ayudar en el salon de clase? \_\_\_Si \_\_\_No  
Si, Cual día es mejo para usted? \_\_\_\_\_

4. Cuando es el mejor tiempo para una reunión con usted? (Rodea por favor)

Madre	la mañana la noche	la tarde cualquier tiempo
Padre	la mañana la noche	la tarde cualquier tiempo
Acudiente	la mañana la noche	la tarde cualquier tiempo

Revised 3/05