

# Cuestionario de comienzos de año para las familias



Estimadas familias:

Muchas gracias por dedicar tiempo a llenar este cuestionario. La información aportada nos ayudará a prestarles un mejor servicio a ustedes y a sus hijos. Pueden omitir tranquilamente cualquier pregunta que no quieran contestar, pero no olviden que la información que nos proporcionen es confidencial. Dicha información solo se les dará a conocer a los maestros titulares de grupo y a otros empleados de la escuela que sean necesarios para enriquecer la experiencia de aprendizaje de los niños y su experiencia como socios en el proceso educativo de sus hijos. Esperamos seguir contando con su colaboración a lo largo del año y los invitamos a que se pongan en contacto con nosotros si tienen preguntas, inquietudes o comentarios.

## PARTE 1: Sobre su hijo

1. ¿Cuál es el nombre de su hijo?
2. ¿Cuál es el apellido de su hijo?
3. ¿Cómo prefiere que lo llamen?
4. ¿Qué es lo que a usted más le gusta de su hijo?
  - 
  - 
  -
5. ¿Cuáles son algunas de las fortalezas o actividades favoritas de su hijo? (Por ejemplo: dibujar, leer cuentos, jugar, salir).
6. ¿Su hijo tiene algún juguete o peluche favorito?
7. ¿Hay algo que a su hijo le disguste y sobre lo cual debemos saber? (Por ejemplo: hacer siestas, alimentos específicos).
8. Describa cualquier problema físico, emocional, de conducta o de aprendizaje que tenga su hijo y que usted crea que debemos saber para prestarle un mejor servicio durante el año:
9. ¿En qué idioma(s) se comunica su hijo más fácilmente?



10. ¿Con cuál de las siguientes actividades necesitará ayuda su hijo? Marque todas las que correspondan.

- Ir al baño  Vestirse
- Tomar una siesta  Comer

Explique su respuesta en el espacio siguiente:

11. ¿Su hijo tiene algún tipo de alergias (incluidas alergias a los alimentos) acerca de las cuales debamos estar al tanto?

Marque "Sí" o "No".

- No
- Sí

Si respondió "Sí", explique:

12. ¿Su hijo tiene algún otro problema de salud sobre el cual debamos saber? Marque "Sí" o "No".

- No
- Sí

Si respondió "Sí", explique:

13. ¿Alguna vez le han diagnosticado asma a su hijo o ha utilizado un nebulizador? Marque "Sí" o "No".

- No
- Sí

Si respondió "Sí", explique:

14. ¿Su hijo toma medicamentos actualmente? Marque "Sí" o "No".

- No
- Sí

Si respondió "Sí", explique:

15. ¿Ha asistido su hijo anteriormente a algún centro de cuidado infantil? Marque "Sí" o "No".

- No
- Sí

Si respondió "Sí", explique:





16. ¿Cómo cree que asumirá su hijo el paso a prekínder? Marque todas las que correspondan.

- Mi hijo está muy entusiasmado de asistir a prekínder.
- A mi hijo se le dificultan las "despedidas".
- Ésta es la primera vez que mi hijo estará fuera de casa durante todo un día.
- Éste será un cambio difícil para mi hijo.

Explique su respuesta en el espacio siguiente, si así lo desea:

17. Cuéntenos cualquier otra cosa sobre su hijo que nos ayude a cuidar de él más eficazmente:

**PARTE 2: Sobre usted y su familia:**

18. En el siguiente espacio, escriba nombre, apellido, número telefónico y dirección de correo electrónico de los padres o tutores de su hijo (**incluido usted mismo**):

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Parentesco con el niño: \_\_\_\_\_ ¿Vive con el niño? (Marque uno)  Sí  
 No

Número de teléfono: (\_\_\_\_) - (\_\_\_\_) - (\_\_\_\_) Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Parentesco con el niño: \_\_\_\_\_ ¿Vive con el niño? (Marque uno)  Sí  
 No

Número de teléfono: (\_\_\_\_) - (\_\_\_\_) - (\_\_\_\_) Correo electrónico: \_\_\_\_\_

19. Si necesitamos comunicarnos con usted, ¿cómo prefiere que lo hagamos? Marque todas las que correspondan.

- Por teléfono
- Por mensaje de texto



- Por correo electrónico
- Por cartas enviadas a la casa

20. ¿A qué hora del día prefiere que la escuela se comunique con usted? Marque todas las que correspondan.

- Por la mañana (Señale las horas específicas: \_\_\_\_\_)
- Por la tarde (Señale las horas específicas: \_\_\_\_\_)
- Por la noche (Señale las horas específicas: \_\_\_\_\_)

21. ¿Hay algún día específico de la semana u horario del día en el que esté disponible para participar en actividades escolares? Marque todas las que correspondan.

- Lunes (Señale las horas específicas: \_\_\_\_\_)
- Martes (Señale las horas específicas: \_\_\_\_\_)
- Miércoles (Señale las horas específicas: \_\_\_\_\_)
- Jueves (Señale las horas específicas: \_\_\_\_\_)
- Viernes (Señale las horas específicas: \_\_\_\_\_)
- Sábado (Señale las horas específicas: \_\_\_\_\_)
- Domingo (Señale las horas específicas: \_\_\_\_\_)

22. ¿Qué idiomas se hablan en su casa?

23. ¿En qué idioma prefiere que nuestra escuela le envíe comunicados escritos?

24. ¿En qué idioma prefiere que le hablemos?

25. ¿Su hijo tiene hermanos? ¿Cuáles son sus nombres completos y edades?

26. ¿Qué cree que es lo más importante que su hijo aprenda en prekínder este año?



27. ¿Cuáles son sus expectativas y aspiraciones frente a su hijo, tanto en este año escolar como en la vida?

28. ¿Qué habilidades, tradiciones, costumbres o artefactos le gustaría compartir con el grupo este año?

Las respuestas nos ayudarán para saber qué tipo de eventos familiares organizar este año.

- Talento musical o artístico
- Relatos sobre la historia de su familia
- Objeto favorito de la familia e historia del mismo
- Comida y recetas
- Juegos favoritos
- Canciones
- Fotos, información o un objeto de la cultura del país de origen de su familia
- Información sobre su trabajo o profesión
- Anécdotas o fotos de una aventura familiar
- Expresiones divertidas en su idioma natal
- Otra (describalo en el espacio siguiente):

29. ¿Hay alguna tradición o festividad importante en su familia? (Marque uno)  Sí  No

De ser así, ¿cuál?

30. ¿Hay algo más sobre su familia o su hijo que usted crea que debemos saber para servirle más eficazmente?

¡Muchas gracias por ayudarnos a conocer a su familia!

