

**LA JUNTA ESCOLAR DEL CONDADO DE BROWARD, FLORIDA**  
 Programa Académico  
 Early Childhood Education Department

**Head Start/Early Head Start**  
**Encuesta sobre temas de interés para padres**

Estimado padre,

Usted es la persona más importante en el desarrollo y la educación de su hijo(a). Es así que, al inicio del año escolar el Programa Head Start ofrecerá la Reunión de padres “Ayude a su hijo para que le vaya bien en la escuela”. Le animamos a que se una a otros padres de Head Start para discutir y participar en actividades de interés para usted.

Por favor, **SOLO** marque los temas o actividades que más le interesen:

	<b>How it can be met (Office use only)</b>
<b>I. Educación preescolar y desarrollo del niño</b>	
<input type="checkbox"/> Criar de una manera efectiva	_____
<input type="checkbox"/> Ayudar a mi hijo(a) con habilidades de lectura temprana	_____
<input type="checkbox"/> La transición al kindergarten o a Head Start	_____
<input type="checkbox"/> La audición, las infecciones del oído y la prevención de la pérdida auditiva	_____
<input type="checkbox"/> Apoyar el desarrollo del lenguaje de mi hijo(a)	_____
<input type="checkbox"/> Reconocer el desarrollo típico del habla y lenguaje en los niños	_____
<input type="checkbox"/> Crear una relación con mi hijo(a) pequeño(a)	_____
<input type="checkbox"/> Enseñar habilidades sociales a mi hijo(a)	_____
<b>II. Educación para adultos</b>	
<input type="checkbox"/> Obtener mi diploma de Educación Secundaria/GED	_____
<input type="checkbox"/> Buscar y mantener un trabajo	_____
<input type="checkbox"/> Obtener entrenamiento técnico/vocacional para trabajar	_____
<input type="checkbox"/> Aprender inglés como segundo idioma	_____
<b>III. Vida familiar</b>	
<input type="checkbox"/> Participar en actividades donde el padre o una figura masculina estén involucrados	_____
<input type="checkbox"/> Participar en un grupo de Empoderamiento de las Mujeres	_____
<input type="checkbox"/> Participar en un Grupo de apoyo para abuelos	_____
<input type="checkbox"/> Participar en un Grupo para padres	_____
<input type="checkbox"/> Mejorar las relaciones familiares	_____
<input type="checkbox"/> El presupuesto, el ahorro y la mejora del crédito	_____
<input type="checkbox"/> Planear comidas nutritivas	_____
<input type="checkbox"/> La comprensión de la salud y el bienestar	_____
<input type="checkbox"/> Aprender sobre los problemas de salud	_____
<input type="checkbox"/> Aprender sobre RCP/Primeros auxilios/Seguridad	_____
<input type="checkbox"/> El desarrollo de la autoestima y la confianza	_____
<input type="checkbox"/> El control de las emociones en los adultos	_____
<input type="checkbox"/> Corregir el comportamiento negativo de los niños	_____
<input type="checkbox"/> La comprensión de diferentes culturas	_____

¿Hay algún otro tema que le gustaría añadir a la encuesta? \_\_\_\_\_

¿Qué día y a qué hora preferiría asistir a la Reunión de padres? **Haga un círculo alrededor de sus preferencias:**

<b>Lunes</b>	<b>Martes</b>	<b>Miércoles</b>	<b>Jueves</b>	<b>Viernes</b>
<b>Mañana: 7:30 a.m. – 8:30 a.m.</b>		<b>Tarde: 2:00 p.m. – 3:00 p.m.</b>		<b>Noche: 6:30 p.m. – 7:30 p.m.</b>

\_\_\_\_\_  
Padre/Tutor legal

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante:

\_\_\_\_\_  
Escuela

\_\_\_\_\_  
Maestro(a)

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

Academics  
Early Childhood Education Department

(Spanish)

Head Start/Early Head Start  
Padres Como Socios  
(Parents As Partners)

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Nombre del Niño: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

La participación de los padres es una parte esencial de los programas preescolares y una forma excelente para que los padres se involucren en la educación de sus hijos. A continuación, por favor marque las áreas en las que usted participará del proceso de tomar decisiones en la escuela, en el hogar o en su comunidad. Su participación es un paso adelante para asegurarle un futuro exitoso a su hijo. ¡GRACIAS!

Firma del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

I. EN EL PROCESO DE TOMAR DECISIONES

Consejo de Normas de Head Start (Head Start Policy Council) (Último Jueves de cada mes)

— Evaluación del programa (Program Self-Assessment) Comité de Padres de Preescolar (en su escuela a través del año)

— PTA/PTO/Consejo de Asesoría/Equipo de Mejoramiento Escolar (varía por escuela)

II. EN LA ESCUELA

Ayudando individualmente o a grupos pequeños de niños con proyectos especiales, leyéndoles cuentos, — practicando el vocabulario, proyectos de cocina, y habilidades prácticas de la vida (tales como lavarse los dientes, las manos, poner la mesa, etc.)

— Compartiendo recursos y talentos personales sobre sus antecedentes étnicos y experiencias, tocando un instrumento musical y hablando el Día de las Carreras/ Profesiones (Career Day)

— Ayudando a los maestros a preparar materiales de aprendizaje, limpiando los juguetes y los colchones, archivando, actualizando la información del tablero de anuncios, interpretando en otros idiomas, sirviendo de chaperón en excursiones, durante las comidas, los eventos de días festivos o actividades especiales, y cuidando niños durante las actividades para los padres

— Ayudando en la biblioteca, la clínica o la oficina principal

— Otro: \_\_\_\_\_

III. EN LA CASA

Comunicándose con los padres con respecto a las actividades planificadas

— Creando cosas para la clase tales como juegos, almohadas, delantales, álbumes, etc.

— Lavando cosas en la casa tales como los disfraces del centro de actividades domésticas

— Recogiendo materiales para la clase (reciclables, etc.)

— Otro: \_\_\_\_\_

IV. EN LA COMUNIDAD

Reclutando a otros voluntarios

— Recogiendo materiales de recursos comunitarios

— Hablándole sobre Head Start a otras familias en su vecindario y en la comunidad

— Otro: \_\_\_\_\_

THE SCHOOL BOARD OF BROWARD COUNTY, FLORIDA

Academics  
Early Childhood Education Department

(Spanish)

**Head Start/Early Head Start**  
**Evaluación Familiar Preliminar**  
*(Preliminary Family Assessment)*

Una meta importante del programa preescolar es formar una sociedad con familias individuales para fomentar el crecimiento y el desarrollo de la familia. El personal de *Family Service* apoyará a su familia para alcanzar las metas basadas en sus intereses y preocupaciones. Por favor, marque las áreas en las que usted podría necesitar ayuda. Un miembro del personal se comunicará con usted para darle seguimiento a la información que aparece a continuación.

\_\_\_\_\_  
Escriba en letra de molde el nombre del padre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Escriba en letra de molde el nombre del niño

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escuela

**(Marque con un círculo)**

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. ¿Su hijo necesita servicios de guardería después del horario escolar porque en el hogar no hay supervisión adulta disponible?               | Sí | No |
| 2. ¿Tiene otros hijos menores de 13 años que necesitan cuidados o servicios de guardería después del horario escolar?                          | Sí | No |
| 3. ¿Hay alguien en su hogar desempleado y que está buscando trabajo?   | Sí | No |
| 4. ¿Hay alguien en su hogar interesado en la educación para adultos ( <i>GED, ESOL</i> ) o entrenamiento para trabajar?                        | Sí | No |
| 5. ¿Hay alguien en su hogar que necesita seguro médico?  | Sí | No |
| 6. ¿Hay alguien en su hogar incapacitado o que necesita cuidados médicos y no está recibiendo ayuda?   | Sí | No |
| 7. ¿Hay alguien en su hogar que desee ayuda para enfrentar situaciones estresantes como el uso del alcohol, las drogas o problemas familiares? | Sí | No |
| 8. Por favor, enumere cualquier otra preocupación (comida, ropa, alojamiento, legal, etc.)   |    |    |

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_