



SUPPORTING KIDS' HEALTHY DEVELOPMENT

Pre-Screening Survey

Child's Name: _____ Premature: _____ months

Preschool/Childcare Attending: _____ County: _____ School District _____

To help us complete your child's screening, please indicate the following:

1. Primary language: English Spanish Other: _____

2. I have a computer and WIFI access: Yes No

3. My child:

Wears glasses Uses a hearing aide Visits the dentist regularly

Receives:

Special services SEIT (Special Education Itinerant Services) Speech/language therapy

Physical therapy Occupational therapy Counseling Other _____

Has been evaluated by Early Intervention or my district's Committee on Preschool Special Education for:

Is scheduled to be evaluated by Early Intervention or my district's Committee on Preschool Special Education for:

4. Please check any areas of concern:

Vision Dental Hearing Height Toileting Weight Speech Eating Focus/playing

Attention Following or understanding directions Using hands to do things like eat, draw, turn pages of a

book, etc. Using legs and feet to do things like walk, run, or go upstairs Behavior (circle concern): crying, sleeping, playing, hurting others, paying attention

Other (please describe): _____

Please describe any other concerns you may have:

My child uses a computer/iPad Number of hours per day _____

For more information about your child's GROW Check and resources:

- Visit the Family Portal
- Email: support@getreadytogrow.org
- Phone: (585) 295-1008; Fax: (585) 295-1090
- Visit www.GetReadyToGROW.org



SUPPORTING KIDS' HEALTHY DEVELOPMENT

Encuesta previa a los exámenes de detección

Nombre del niño: _____ Prematuro: _____ meses

Asiste a preescolar/guardería: _____ Condado: _____ Distrito escolar _____

Para ayudarnos a completar los exámenes de detección de su niño, indique lo siguiente:

1. Idioma principal: Inglés Español Otro: _____

2. Tengo computadora y acceso a WIFI: Sí No

3. Mi niño:

Usa anteojos Usa un audífono Visita al dentista regularmente

Recibe:

Servicios especiales SEIT (Servicios itinerantes de educación especial) Terapia del habla/lenguaje

Terapia física Terapia ocupacional Asesoramiento Otro _____

Ha sido evaluado por Intervención Temprana o el Comité de Educación Especial Preescolar de mi distrito para:

Está programado para ser evaluado por Intervención Temprana o el Comité de Educación Especial Preescolar de mi distrito para: _____

4. Por favor marque cualquier área de preocupación:

Visión Dental Audición Estatura Ir al baño Peso Habla Comer Enfocar/jugar

Atención Seguir o comprender instrucciones Usar las manos para hacer cosas como comer, dibujar, pasar las páginas de un libro, etc. Usar las piernas y los pies para hacer cosas como caminar, correr o subir escaleras

Conducta (haga un círculo en la preocupación): llorar, dormir, jugar, lastimar a otros, prestar atención

Otro (por favor describa): _____

Por favor describa cualquier otra preocupación que tenga:

Mi niño usa una computadora/iPad Número de horas al día _____

Para más información acerca de los exámenes de detección GROW de su niño y recursos:

- Visite el Portal de la familia
- Correo electrónico: support@getreadytogrow.org
- Teléfono: (585) 295-1008; facsímil: (585) 295-1090
- Visite www.GetReadyToGROW.org