

Mis maestros quieren saber

¡Estamos encantados de reabrir y poder darle la bienvenida a usted y a su hijo/a a nuestro programa! A medida que volvemos, nuestros profesores quieren hacer la transición lo más fluida posible. La pandemia ha impactado a cada familia de diferentes maneras. Queremos asegurarnos de responder a las necesidades de su hijo/a y de ayudarles a usted y a su hijo/a a sentirse apoyados. En la medida en que se sienta cómodo, le pedimos si por favor podría compartir cualquier información que al maestro de su hijo/a le beneficiaría saber. Le ofrecemos algunas preguntas a continuación que nos ayudarán a tener una mejor idea de cómo van las cosas y cómo apoyar a su hijo/a. Por favor, siéntase libre de responder solo a las preguntas con las que se sienta cómodo.

1. ¿Ha habido algún cambio en el entorno de su hijo/a en casa que pueda afectar su transición de regreso a la escuela que usted quiera que sepamos? (marque todas las que correspondan):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Se mudó a una nueva ubicación | <input type="checkbox"/> Cambio en quién vive regularmente en el hogar |
| <input type="checkbox"/> Los miembros de la familia ahora trabajan desde casa | <input type="checkbox"/> Cambio en el cuidador (p. ej., abuelo con su hijo/a durante el día, niñera cuidando al niño mientras la escuela estaba cerrada) |
| <input type="checkbox"/> Cambio en el horario o las rutinas (p. ej., cambios en las horas de trabajo de los miembros de la familia, por lo que el niño debe levantarse antes) | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Familia afectada por enfermedad/muerte | _____ |

2. Durante el tiempo de “quedarse en casa” sin ir a la escuela, mi hijo/a... (marque todas las que correspondan):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> extrañaba verse con amigos de la escuela. | <input type="checkbox"/> se frustraba fácilmente o tenía más crisis. |
| <input type="checkbox"/> disfrutaba de tener más tiempo en familia. | <input type="checkbox"/> era apegado y no quería alejarse de los miembros de la familia. |
| <input type="checkbox"/> pasaba mal por no poder ir a lugares a los que solemos ir. | <input type="checkbox"/> tuvo un cambio en los patrones de sueño. |
| <input type="checkbox"/> estaba bien con los cambios en nuestras rutinas. | <input type="checkbox"/> tuvo un cambio en los patrones de alimentación. |
| <input type="checkbox"/> estaba preocupado por alguien que estaba enfermo. | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> parecía triste o retraído. | _____ |
| <input type="checkbox"/> estaba más ansioso y nervioso. | _____ |

3. Queremos apoyar eficazmente a su hijo/a en la escuela. ¿Qué estrategias funcionan mejor cuando su hijo/a experimenta desafíos o dificultades? (marque todas las que correspondan):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Participar en una actividad calmante. Por favor, especifique: _____ | <input type="checkbox"/> Jugar un juego favorito o con un juguete favorito. Por favor, especifique: _____ |
| <input type="checkbox"/> Recibir un abrazo | <input type="checkbox"/> Usar apoyos visuales (p. ej., calendario visual, opciones visuales) |
| <input type="checkbox"/> Ir a dar un paseo | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Leer un libro con un adulto | _____ |
| <input type="checkbox"/> Darle tiempo para calmarse | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hablar con él/ella sobre sus sentimientos | _____ |

4. ¿Cómo podemos ayudarle a apoyar a su hijo/a en casa? ¿Necesita recursos o apoyo para ayudar a su hijo/a en casa con cualquiera de los siguientes? (marque todas las que correspondan):

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rutina matutina | <input type="checkbox"/> Seguir instrucciones | <input type="checkbox"/> Transición fuera de la escuela |
| <input type="checkbox"/> Rutina de aseo | <input type="checkbox"/> Jugar solo/a | <input type="checkbox"/> Viajes dentro de la comunidad |
| <input type="checkbox"/> Horario de las comidas | <input type="checkbox"/> Jugar con otros | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Andar en el automóvil | <input type="checkbox"/> Manejar la frustración o la ira | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hora de la siesta | <input type="checkbox"/> Cuando un visitante viene a la casa | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hora de acostarse | <input type="checkbox"/> Transición a la escuela | _____ |

5. Queremos estar en contacto con usted y asegurarnos de que pueda compartir información con nosotros. ¿Cuál es la mejor manera de comunicarnos entre nosotros? (seleccione todo lo que mejor funcione para usted):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Correo electrónico (correo electrónico preferido) _____ | <input type="checkbox"/> Notas de casa a escuela/escuela a casa |
| <input type="checkbox"/> Llamadas telefónicas (número preferido) _____ | <input type="checkbox"/> Aplicación de la escuela |
| <input type="checkbox"/> Mensajes de texto (número preferido) _____ | |

6. Si es necesario, no dude en compartir cualquier otra información de utilidad para que el maestro de su hijo/a sepa acerca del tiempo de su hijo/a en casa:
