

DOÑA ANA COUNTY HEAD START

STUDENT PROFILE

Child's Name: _____ Center: _____

PERSONAL/SOCIAL DEVELOPMENT

1. What makes your child happy, and how does he or she express it? _____

2. What makes your child sad, and how does he or she express it? _____

3. How does your child behave when he or she is not feeling well? _____

4. What are your child's favorite things to do? _____

5. What frightens your child? _____

6. How does your child express him/herself? _____

7. Does your child play with other children? Yes No

8. Does your child share his/her toys with others? Yes No

9. Where does your child like to play? _____

10. What does your child do when he/she becomes angry? _____

11. Does your child have temper tantrums? Yes No

How is it displayed? _____

12. How does your child defend him/herself?

- Hit, kick, bite?
- Uses words? (Stop or No)
- Cries
- Tattles

13. Does your child possess any of the following self-help skills:

- Dresses themselves
- Feed themselves
- Toilet skills
- Other

What does your child need assistance with? _____

14. What is your child's feeling about starting Head Start? _____

15. How does your child react to new people and situations? _____

16. How do you guide/discipline your child? _____

FAMILY CULTURES

Doña Ana County Head Start recognizes and honors each child's and family's cultural identity. Answering the following questions will help classroom staff affirm and foster children's knowledge and pride in their individual and family identity and foster children's knowledge, enjoyment, and respect of others.

17. What is your family's cultural/ethnic heritage? Black Anglo Hispanic
 Native American Other (Please Specify) _____

18. What family customs, special events or celebrations does your family observe? _____

19. What special stories, music, books, legends or folk stories does your child love to hear?

20. Does your family have special beliefs that would require an adjustment in your child's program of activities? _____

BEHAVIORAL HEALTH

21. Please check box if your child has experienced:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Death of a family member or friend | <input type="checkbox"/> Parent incarcerated |
| <input type="checkbox"/> Death of a pet | <input type="checkbox"/> Witnessed violence |
| <input type="checkbox"/> Child removed from home (CYFD) | <input type="checkbox"/> New baby in family |
| <input type="checkbox"/> *Parents divorced or separated
(*If checked please answer 22a-c) | <input type="checkbox"/> Serious illness (child) or illness of a family member |
| <input type="checkbox"/> Other (please explain) _____ | |

Date/s experienced any of the above: _____

22a. *If divorced or separated are both parents in contact with child? Yes No

22b. *Is other parent interested in having home visits/conferences? Yes No

22c. **Volunteering? Yes No

**If yes, fill out Parent Involvement Opportunities form

23. Please indicate any significant changes in the following areas:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Appetite | <input type="checkbox"/> Sleep Patterns |
| <input type="checkbox"/> Mood | <input type="checkbox"/> None |
| <input type="checkbox"/> Other (please explain) _____ | |

24. Has your child ever attempted to hurt him/herself or others?

- No Yes (please explain) _____

25. Has your child ever received counseling?

No

Yes

Where? _____

When? _____

Check all that apply:

Amanecer

Southwest Family Guidance Center

Family & Youth Inc.

Southern NM Human Dev.

Southwest Counseling Center

La Casa

26. Other comments or concerns regarding child's behavioral health?

THANK YOU and W E L C O M E to HEAD START

This information will remain confidential.

FOR TEACHER USE ONLY

I verify that I have reviewed this form and have taken any needed actions regarding this child (e.g. value and respect child's personal/social/emotional development, cultural diversity and behavioral health.)

Teacher's Signature

Date

HEAD START DEL CONDADO DE DOÑA ANA

PERFIL DE NIÑO

Nombre del Niño: _____ Centro: _____

DESARROLLO PERSONAL/SOCIAL

1. ¿Qué le causa a su niño alegría y como lo expresa? _____

2. ¿Qué le causa tristes a su niño y como se expresa? _____

3. ¿Cómo se comporta su niño/a cuando no se siente bien? _____

4. ¿Qué son las cosas favoritas que hace su niño/niña? _____

5. ¿Qué le provoca a su niño miedo? _____

6. ¿Como se expresa su niño/niña? _____

7. ¿Juega con otros niños? Sí No
8. ¿Sabe su niño/niña compartir con otros? Sí No
9. ¿En dónde le gusta jugar a su niño? _____

10. ¿Cómo reacciona su niño/niña cuando se enoja? _____

11. ¿Tiene su niño berrinches (corajes) frecuentemente? Sí No
Como lo muestra? _____

12. ¿Como se defiende el niño por si mismo? ¿Como lo muestra?
- ¿Pega, da patadas, muerde?
 - ¿Usa palabras? (como “No” o “Estate quieto”)
 - Lloro
 - Chismea
13. ¿Tiene su niño experiencia en lo siguiente?
- Se viste solo
 - Come solo
 - Usa el escusado solo
 - Otro
- En que necesita su niño/niña asistencia? _____
14. ¿Cómo se siente su niño al saber que va a empezar Head Start? _____
- _____
15. ¿Cómo reacciona su niño a nuevas personas y situaciones? _____
- _____
16. ¿Qué método de disciplina emplea usted con su niño? _____
- _____

CULTURA FAMILIAR

El Head Start del Condado de Doña Ana reconoce y honora la identidad de cultura de cada niño y familia. Al dar una respuesta a las siguientes preguntas, ayudará al personal de la clase a afirmar el conocimiento y el orgullo de los niños de su identidad individual y familiar y aumentará el conocimiento, el placer, y el respeto hacia otras personas del niño.

17. ¿Cual que la culturas forman a su familia? Negro Anglosajón Hispano
 Americano Indígena Otro (por favor especifique) _____
18. ¿Qué eventos personales, celebraciones, y ocasiones celebra su familia?
- _____
- _____
19. ¿Qué cuentos especiales, libros, música, leyendas y mitos le encanta oír a su niño? _____
- _____
20. ¿Tienen sus familiar creencias especiales que requieren un ajuste en las actividades del programa de su niño? _____
- _____

ENCUESTA de SALUD MENTAL

21. Por favor marque si su hijo/hija a sufrido:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Muerte de un miembro de la familia o amigo/a | <input type="checkbox"/> Una enfermedad seria de un familiar niño/a |
| <input type="checkbox"/> Muerte de un animalito domesticado | <input type="checkbox"/> Padre encarcelado |
| <input type="checkbox"/> *Divorcio o separación de los padres | <input type="checkbox"/> Testigo de violencia |

(*Si lo marco por favor responda a las preguntas 22a-c)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Niño removida del hogar (CYFD) | <input type="checkbox"/> Una enfermedad en un miembro de la |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor explique): _____ | |

Fecha/s que experimento alguna de las de arriba: _____

21a. *¿Están divorciados o separados ambos padres que tienen contacto con el niño? Sí No

22b. *¿Habría otro padre interesado en tener las visitas a domicilio/conferencias? Sí No

23c. **¿Voluntario? **Sí es así, llene la forma de oportunidades para que se involucren los padres Sí No

24. Por favor marque los cambios significantes en las áreas siguientes:

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Apetito | <input type="checkbox"/> Dormir |
| <input type="checkbox"/> Humor | <input type="checkbox"/> Ningunos |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor explique): _____ | |

25. ¿Ha atentado su niño dañarse a sí mismo o a otros?

- No Sí (por favor explique): _____

26. ¿Ha recibido su niño/niña consejería?

- No
- Sí Cuando: _____
- Dónde: _____

Marque si se aplica:

- Amanecer
- Southwest Family Guidance Center
- Family & Youth Inc.
- Southern NM Human Dev.
- Southwest Counseling Center
- La Casa

27. Comentarios, preocupaciones referentes a la salud mental de su niño/niña.

GRACIAS..... Y BIENVENIDOS A HEADSTART

Esta información se mantendrá confidencial.

FOR TEACHER USE ONLY

I verify that I have reviewed this form and have taken any needed actions regarding this child (e.g. value and respect child's personal/social/emotional development, cultural diversity and behavioral health.)

Teacher's Signature

Date