



Miami-Dade County Public Schools
OBSERVATION OF PREKINDERGARTEN STUDENT BEHAVIORS

Child's Name _____	Birthdate _____	Age _____
Observer _____	School _____	

To be completed by child's teacher(s) and/or therapist(s). Please check the behaviors that occur more frequently than is typical for same-age peers. If no concerns, check the box marked age appropriate.

I. Attending Behaviors

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Easily distracted
<input type="checkbox"/> Has short attention span
<input type="checkbox"/> Impulsive
<input type="checkbox"/> Needs help from adult to stay on task
<input type="checkbox"/> Needs excessive attention from teacher | <input type="checkbox"/> Acts upset by a change in plans
<input type="checkbox"/> Over-active/hyperactive
<input type="checkbox"/> Has difficulty remembering things
<input type="checkbox"/> Appears to daydream
<input type="checkbox"/> Age appropriate |
|--|--|

II. Disruptive Behaviors

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Argumentative
<input type="checkbox"/> Physically aggressive (hits, kicks, destructive etc.)
<input type="checkbox"/> Self-injurious behavior e.g. _____ | <input type="checkbox"/> Verbally abusive
<input type="checkbox"/> Bullies peers
<input type="checkbox"/> Age appropriate |
|---|---|

III. Indicators of Anxiety/Sadness

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Withdrawn
<input type="checkbox"/> Anxious/nervous
<input type="checkbox"/> Seems unhappy
<input type="checkbox"/> Becomes ill when upset or frustrated | <input type="checkbox"/> Easily overwhelmed
<input type="checkbox"/> Cries easily/inappropriately
<input type="checkbox"/> Exhibits inappropriate mood changes
<input type="checkbox"/> Age appropriate |
|---|--|

IV. Language/Speech

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Has difficulty understanding instructions or directions
<input type="checkbox"/> Has difficulty naming people or objects
<input type="checkbox"/> Has difficulty speaking in sentences
<input type="checkbox"/> Has difficulty staying on topic
<input type="checkbox"/> Speech is difficult to understand | <input type="checkbox"/> Frequently stutters (e.g: m,m,m,many), repeats words, whole phrases or "gets stuck" while trying to say a word
<input type="checkbox"/> Voice is hoarse, raspy or nasal
<input type="checkbox"/> Age appropriate |
|---|---|

V. Social/Emotional

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Has difficulty with self-control when frustrated
<input type="checkbox"/> Has difficulty sharing with other children
<input type="checkbox"/> Exhibits repetitive behavior e.g. _____
<input type="checkbox"/> Becomes easily upset
<input type="checkbox"/> Displays unusual reactions to sensory stimulation (e.g. lights, sounds, smells, tastes, touch, etc.) | <input type="checkbox"/> Has difficulty joining in peer group play
<input type="checkbox"/> Avoids interaction with other children
<input type="checkbox"/> Has temper tantrums (length of tantrums _____)
<input type="checkbox"/> Has difficulty taking turns
<input type="checkbox"/> Lacks imaginative play
<input type="checkbox"/> Age appropriate |
|--|--|

VI. Gross and Fine Motor Skills

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Has unsteady gait
<input type="checkbox"/> Appears clumsy or uncoordinated
<input type="checkbox"/> Has difficulty using a pencil or crayon | <input type="checkbox"/> Frequently drops, spills or knocks things over
<input type="checkbox"/> Age appropriate |
|--|---|

VII. Adaptive/Self-Help Skills

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Has frequent toileting accidents
<input type="checkbox"/> Needs assistance washing and drying hands | <input type="checkbox"/> Needs assistance with eating e.g. _____
<input type="checkbox"/> Age appropriate |
|---|--|

Comments/Concerns: _____

Signature _____ **Date** _____



Miami-Dade County Public Schools
OBSERVACION DEL COMPORTAMIENTO DEL ESTUDIANTE DE PREKINDERGARTEN

Nombre del Estudiante _____	Fecha de Nacimiento _____	Edad _____
Observador _____	Escuela _____	

Para completar por la(s) maestra(s) o terapeuta(s) del niño. Por favor marque los comportamientos que ocurren con más frecuencia que lo usual para niños de la misma edad. Si ningún comportamiento le preocupa, marque "Apropiado para su edad."

I. Atención

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Se distrae fácilmente
<input type="checkbox"/> Presta atención por muy poco tiempo
<input type="checkbox"/> Es impulsivo
<input type="checkbox"/> Necesita ayuda de un adulto para permanecer concentrado en una tarea
<input type="checkbox"/> Necesita demasiada atención de la maestra | <input type="checkbox"/> Se molesta/enoja cuando se cambian los planes
<input type="checkbox"/> Es demasiado activo/hiperactivo
<input type="checkbox"/> Le es difícil recordar cosas
<input type="checkbox"/> Parece estar "soñando despierto" o estar pensando en otras cosas
<input type="checkbox"/> Apropiado para su edad |
|--|---|

II. Comportamientos Inapropiados o que Interrumpen al Grupo

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Discute con frecuencia
<input type="checkbox"/> Es agresivo físicamente (pega, pateo, rompe cosas, etc.)
<input type="checkbox"/> Se hace daño a sí mismo e.g. _____ | <input type="checkbox"/> Es agresivo verbalmente
<input type="checkbox"/> Intimida o controla por la fuerza a sus compañeros
<input type="checkbox"/> Apropiado para su edad |
|---|--|

III. Indicadores de Ansiedad/Tristeza

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Es retraído
<input type="checkbox"/> Es ansioso/nervioso
<input type="checkbox"/> Parece descontento, triste
<input type="checkbox"/> Se enferma cuando se enoja, se preocupa, o se frustra | <input type="checkbox"/> Se siente abrumado o agobiado fácilmente
<input type="checkbox"/> Lloro fácilmente, en momentos inapropiados
<input type="checkbox"/> Su estado de ánimo muestra cambios inapropiados
<input type="checkbox"/> Apropiado para su edad |
|---|---|

IV. Lenguaje/Habla

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para comprender instrucciones u órdenes
<input type="checkbox"/> Tiene dificultad para nombrar personas u objetos
<input type="checkbox"/> Tiene dificultad para hablar usando oraciones completas
<input type="checkbox"/> Tiene dificultad para sostener el tópico de la conversación
<input type="checkbox"/> Es difícil comprender lo que dice | <input type="checkbox"/> Tartamudea con frecuencia (e.g. m,m,m,muchos), repite palabras, frases o "se traba" al tratar de decir palabras
<input type="checkbox"/> Tiene la voz ronca o nasal
<input type="checkbox"/> Apropiado para su edad |
|--|--|

V. Social/Emocional

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para controlarse a sí mismo al frustrarse
<input type="checkbox"/> Tiene dificultad para compartir con otros niños
<input type="checkbox"/> Muestra comportamientos repetitivos e.g. _____
<input type="checkbox"/> Se enoja o frustra fácilmente
<input type="checkbox"/> Muestra reacciones inusuales a estímulos sensoriales (e.g. luces, sonidos, olores, sabores, etc.) | <input type="checkbox"/> Tiene dificultad para jugar con grupos de niños
<input type="checkbox"/> Evita la interacción con otros niños
<input type="checkbox"/> Le dan perretas/pataletas ¿Cuánto duran?: _____
<input type="checkbox"/> Tiene dificultad para esperar su turno
<input type="checkbox"/> No utiliza la imaginación o la fantasía al jugar
<input type="checkbox"/> Apropiado para su edad |
|--|--|

VI. Coordinación Motriz Gruesa y Fina

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Muestra poca estabilidad al caminar
<input type="checkbox"/> Muestra poca coordinación muscular
<input type="checkbox"/> Tiene dificultad para utilizar un lápiz o crayón | <input type="checkbox"/> Con frecuencia se le caen objetos, los tumba, o se le derraman líquidos
<input type="checkbox"/> Apropiado para su edad |
|--|---|

VII. Actividades Cotidianas

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Con frecuencia tiene "accidentes" en vez de ir al baño
<input type="checkbox"/> Necesita ayuda para lavarse y secarse las manos | <input type="checkbox"/> Necesita ayuda para comer e.g. _____
<input type="checkbox"/> Apropiado para su edad |
|---|--|

Comentarios / Areas que le preocupan: _____

Firma _____ **Fecha** _____