



ACCA Child Development Center

7200 Columbia Pike  
Annandale, VA 22003  
Website: [accacdc.org](http://accacdc.org)

Phone: 703-256-0100  
Fax: 703-914-4834  
Email: [info@accacdc.org](mailto:info@accacdc.org)

## FAMILY QUESTIONNAIRE

In order to meet the needs of your child, please complete this questionnaire.

Child's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 1. BIRTH HISTORY

Pounds \_\_\_\_\_ Length \_\_\_\_\_ Gestation Period \_\_\_\_\_

Any complications during pregnancy or delivery?  No  Yes – if yes, please explain:

### 2. HEALTH

a) Has your child had any hospitalization since birth?  No  Yes – if yes, please explain:

---

---

b) Is your child allergic to  food  insect  medicine  other – if so, please explain:

---

---

Type of allergic reaction  anaphylaxis  local reaction

Response required  none  epi-pen  other: \_\_\_\_\_

c) Are there any conditions identified that could affect the health and wellbeing of your child while in our program?  No  Yes - if yes, please explain:

---

---

d) Has your child had frequent ear infections or colds?

No  Yes – if yes, please describe:

---

---

e) Does your child need an Individualized Health Care Plan (e.g., asthma, severe allergies, etc.)?

No  Yes – if yes, please explain:

---

---

f) Does your child take medicine for specific health conditions?  No  Yes – if yes, please explain:

---

---

g) Will the medication be given and/or available at the Center?  No  Yes – if yes, please explain:

---

---

I \_\_\_\_\_ (  do ) (  do not ) authorize my child's health care provider and designated provider of care in ACCA Child Development Center to discuss my child's health concerns and/or exchange information pertaining to this form.

This authorization will be in place until or unless you withdraw it. You may withdraw your authorization at any time by contacting us and updating this form. When information is released from your child's record, documentation of the disclosure is maintained in your child's file.

Signature of Parent or Legal Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### 3. DEVELOPMENT

- a) Do you have any concerns regarding the development of your child?  No  Yes – if yes, please explain:

---

---

- b) Does your child have an IEP (Individual Education Plan) or and IFSP (Individualized Family Service Plan)?  No  Yes – if yes, please explain:

---

---

- c) Has your child previously received any special services from any organization?  No  Yes – if yes, please explain:

---

---

- d) When did your child start to walk? \_\_\_\_\_ months

- e) When did your child say his first words? \_\_\_\_\_ months

- f) When did your child say his first sentences? \_\_\_\_\_ months

- g) Is your child potty trained?  No  Yes  In process

### 4. NUTRITION

- a) Have you or are you breastfeeding your child?  No  Yes

- b) Is your child drinking formula?  No  Yes – if yes, please describe: \_\_\_\_\_

- c) Has your child been introduced to solid food?  No  Yes

- d) Do you have any concerns regarding your child's nutrition?  No  Yes - please describe:

---

---

- e) Does your child need a special diet?  No  Yes – if yes, please explain:

---

---

f) What's your child's favorite food? Please describe:

---

---

g) Are you participating in the WIC program?  No  Yes

**5. SLEEPING**

a) If your child is 12 months or younger, does your baby sleep on his back?  No  Yes

b) Does your child fall asleep and sleeps alone in bed?  No  Yes

c) What type of bed does your child sleep in?  Crib  Single Bed  Double Bed

Other: \_\_\_\_\_

d) Does your child share their bedroom with someone else?  No  Yes – If so, with who?

---

e) How many hours does your child sleep at night? \_\_\_\_\_

f) How many naps and how long does your child nap during the day? \_\_\_\_\_

---

g) Do you have any concerns about your child sleep habits?  No  Yes – If yes, please explain: \_\_\_\_\_

---

**6. FAMILY AND CULTURE**

a) Please describe your family structure: \_\_\_\_\_

---

---

b) Who are key family members, other caregivers, or important people who spend time with your child and in what settings does this occur?

---

---

---

c) Does your child have any siblings?  No  Yes - If so, do they live at home?  No  Yes, What are their names and age?

---

---

---

d) Has your child ever been in a classroom or childcare setting?  No  Yes - If so, Where and for how long? \_\_\_\_\_

---

e) How would you define your race/ethnic background? Check as many as needed. Is your origin:

Hispanic or Latino  No  Yes

White  Asian  White  Black or African American  Asian

American Indian or Alaskan Native  Native Hawaiian or Other Pacific Islander

f) What is your religion or belief? \_\_\_\_\_

g) What language/s do you use at home?  English  Spanish  Other, please indicate language:

\_\_\_\_\_

h) Do you have any cultural traditions that you would like to share with us?

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

i) What kind of pets if any are in your family?

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

j) What are the activities you enjoy with your children at home?

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

k) What else would you like to let us know about your child?

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

## 7. OUR PROGRAM

a) List any previous child day care and schools attended by the child:

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

b) What would you expect your child to achieve in our program?

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

c) How do you think you can participate in program activities?

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

d) Are you interested in volunteer opportunities?  No  Yes - If so, what would you like to do and when, please describe:

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

Name of the person completing this questionnaire: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Relationship to the child: \_\_\_\_\_

**Thank you very much for your time.**



ACCA Child Development Center

7200 Columbia Pike  
Annandale, VA 22003  
Website: [accacdc.org](http://accacdc.org)

Phone: 703-256-0100  
Fax: 703-914-4834  
Email: [info@accacdc.org](mailto:info@accacdc.org)

## CUESTIONARIO FAMILIAR

Para poder responder a las necesidades de su niño(a) por favor responda las siguientes preguntas:

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 1. HISTORIA DEL EMBARAZO Y NACIMIENTO:

Peso en libras \_\_\_\_\_ Tamaño \_\_\_\_\_ Periodo de gestación \_\_\_\_\_

Tuvo alguna complicación durante el embarazo, ó el nacimiento?  No  Si – Por favor explique:

### 2. SALUD

a) ¿Ha sido su niño(a) hospitalizado alguna vez?  No  Si – por favor explique:

\_\_\_\_\_

b) ¿Su niño(a) tiene algún tipo de alergia?  Alimentos  Insectos  Medicinas  Otros – Por favor explique:

\_\_\_\_\_

c) ¿Existe alguna condición que haya sido identificada y que pueda afectar la salud y el bienestar de su hijo(a) mientras el(ella) asisten al programa?  No  Si – Por favor explique:

\_\_\_\_\_

d) Su niño(a) ha tenido infecciones de oído o resfríos frecuentes?

No  Si – Por favor explique:

\_\_\_\_\_

e) ¿Su niño(a) tiene un Plan Individualizado de Cuidado para la Salud? (ej. Asma, alergias graves, etc)

No  Si – Por favor explique:

\_\_\_\_\_

f) ¿Su niño(a) toma medicamento(s) para controlar alguna condición de salud?  No  Si – Por favor explique:

\_\_\_\_\_

g) ¿Es necesario que su niño(a) tome ó tenga al alcance medicamentos mientras asiste al centro?  No

Si – Por favor explique:

\_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_ ( Autorizo) ( No autorizo) al proveedor de salud y al personal de ACCA Child Development Center para que discutan preocupaciones e intercambien información relacionada con este formulario. Esta autorización estará vigente hasta que la persona que firma decida lo contrario. Para revocar la autorización, es necesario que usted se comunique con la administración del programa y realice el cambio necesario en este formulario. En el caso de compartir información del record de su niño(a), una copia de los documentos compartidos será mantenida en el archivo de su niño(a).

Firma del Padre o Apoderado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 3. DESARROLLO

- a) ¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo de su niño(a)?  No  Si – Por favor explique:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b) ¿Tiene su niño(a) un IEP(Plan de Educación Individual) ó un IFSP (Plan Individualizado de Servicio Familiar)?  No  Si – Por favor explique:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- c) ¿Ha recibido su niño(a) servicios de educación especial en alguna organización?  No  Si – Por favor explique:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- d) ¿A qué edad comenzó a caminar su niño(a)? \_\_\_\_\_ meses
- e) ¿A qué edad comenzó a decir sus primeras palabras? \_\_\_\_\_ meses
- f) ¿A qué edad comenzó a decir sus primeras oraciones? \_\_\_\_\_ meses
- g) ¿Su niño ya sabe ir al baño ó decir que quiere ir al baño?  No  Si  Está aprendiendo

### 4. NUTRICION

- a) ¿Le ha dado ó le está dando de mamar a su niño(a)?  No  Si
- b) ¿Su niño(a) está tomando fórmula?  No  Si – Por favor describa: \_\_\_\_\_
- c) ¿Su niño ha comenzado a comer alimentos sólidos?  No  Si
- d) ¿Tiene alguna preocupación sobre la alimentación de su niño(a)?  No  Si – Por favor explique:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- e) ¿Necesita su niño(a) una dieta especial?  No  Si – Por favor explique:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- f) ¿Cuáles son los alimentos favoritos de su niño(a)? Por favor describa:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

g) ¿Están usted y su niño(a) participando del programa WIC?  No  Si

## 5. SUEÑO

a) Si su niño tiene menos de 12 meses: ¿Su niño(a) duerme de espaldas?  No  Si

b) ¿Su niño(a) duerme solo y no necesita ayuda para quedarse dormido?  No  Si

c) ¿En qué tipo de cama duerme su niño(a)?  Cuna  Cama individual  Cama doble Otra:

\_\_\_\_\_

d) ¿Su niño(a) comparte la habitación donde duerme con alguien más?  No  Si – Si lo hace, ¿con quien? \_\_\_\_\_

e) ¿Cuántas horas duerme su niño(a) en la noche? \_\_\_\_\_

f) ¿Cuántas siestas y de qué duración toma su niño durante el día? \_\_\_\_\_

g) ¿Tiene usted alguna preocupación sobre los hábitos de sueño de su niño(a)?  No  Si – Por favor explique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 6. FAMILIA Y CULTURA

a) Por favor, describa su estructura familiar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) ¿Quiénes son los miembros de su familia ó personas importantes que pasan tiempo con su niño(a) y en qué lugares comparten con su niño(a)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c) ¿Su niño(a) tiene hermanos?  No  Si – Si los tiene, ellos viven con su niño(a)  No  Si ¿Cuáles son sus nombres y qué edad tienen? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

d) ¿Ha estado su niño(a) en otro programa de cuidado infantil ó ha sido cuidado por alguien que no sea usted?  No  Si – Si es así, Por favor describa dónde y por cuánto tiempo

\_\_\_\_\_

e) ¿Cómo define su raza y origen étnico? Marque cuantas casillas sean necesarias.

Es usted de origen Hispano ó Latino?  No  Si

Blanco  Asiático  Negro ó Afro Americano

Indio Americano o Nativo de Alaska  Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico

f) ¿Cuál es su religión o creencia? \_\_\_\_\_

g) ¿Qué idiomas hablan en su casa?  Inglés  Español  Otro – Por favor indique que idiomas hablan:

\_\_\_\_\_

h) ¿Tiene alguna tradición cultural que quisiera compartir con nosotros?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

i) ¿Qué tipo de mascotas si las tiene viven en su hogar?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

j) ¿Qué tipo de actividades disfruta hacer con sus hijos en su hogar?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

k) ¿Hay algo más que le gustaría que sepamos sobre su niño(a)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 7. NUESTRO PROGRAMA

a) Indique los programas, escuelas en las que su hijo haya estado inscrito anteriormente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) ¿Qué espera que su niño/a logre hacer en el programa?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c) ¿De qué forma piensa usted que puede participar en las actividades del programa?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

d) ¿Está usted interesado en oportunidades de voluntariado  No  Si – Si es así, ¿Qué le gustaría hacer y cuando? Por favor describa:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre de la persona que completa este cuestionario: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Relación con el niño(a): \_\_\_\_\_

**Muchas gracias.**