

Instrumento para inscripción de los estudiantes del Club Leyendo

V1.3 2017



A. Datos del Estudiante

Fecha: _____ / _____ / _____
Día Mes Año

A1.3 Estudiante: CLYEST -
CLYEST + 1era letra Nombre + 1era letra Apellido + Sexo (F/M) + Día (08) + Año (2006) de nacimiento + ID del Centro/escuela

A1.1 Nombre: _____ A1.2 Apellido: _____

A2. Sexo: F _____ M _____ A2.1 Fecha Nacimiento: _____ / _____ / _____
Día Mes Año

A3. ¿Ha participado anteriormente en algún Club del Proyecto Leer? → Sí: _____ No: _____ (Si responde **NO** pase a la A5)
 A3.1 ¿En cuál club participó? → Club Leyendo _____ Club de Lectura _____ Club de Verano _____ A4.2 ¿En que Año del Proyecto? → _____

A4. ¿Ha sido el niño/niña diagnosticado por un personal facultado, con alguna discapacidad? → Sí: _____ No: _____ (Si responde **NO** pase a la B8.1)
 A4.1. ¿En que centro de salud fue diagnosticado? (Escriba el nombre completo del centro y defina si es un hospital, ONG, etc.)

A5. (Si A4. = "Si") ¿Qué tipo de discapacidad fue diagnosticada? (Encierre la/s opción/es que apliquen)

A5.1	Discapacidad Cognitiva	1
A5.2	Trastornos de Aprendizaje (dislexia...)	2
A5.3	Trastornos del Lenguaje	3
A5.4	Física/motora	4
A5.5	Sensorial (ceguera, auditiva, hipoacusia)	5
A5.6	Trastornos del desarrollo (autismo...)	6
A5.7	Otro:	98
A5.8	No sé	99

A6. ¿Quién refirió al niño o la niña para diagnóstico? (Encierre la/s opción/es que apliquen)

A7.1	Maestra/o	1
A7.2	Psicóloga/o, orientador/a	2
A7.3	Director/a de la escuela	3
A7.4	No ha sido referido/a	4
A7.5	Otro:	98

A7. ¿Cuál fue la razón para referir al niño o niña para diagnóstico? (Encierre la/s opción/es que apliquen)

A7.1	Problemas conductuales	1
A7.2	Problemas con el aprendizaje	2
A7.3	Desarrollo social emocional	3
A7.4	Desarrollo físico	4
A7.5	Desarrollo de comunicación	5
A7.6	Problemas sensoriales (visión, audición..)	6
A7.7	Otro:	98

B. Información Educativa del Estudiante

B8.1 Nombre de la Escuela: _____

B8.2 ID Escuela _____ B8.3 Regional _____ B8.4 Distrito No. _____

B9. Grado que cursa: _____ B10. Ha repetido algún grado → 1. Si _____ 2. No _____
 B11. (Si B10. = "Si") ¿Cuál/es grado/s ha repetido? _____ B12. (Si B10. = "Si") Cuantas Veces: _____

B13. En este centro funcionará más de un Club Leyendo: → Si _____ No _____ (Si responde que **NO** pase a la pregunta B14)
 B13.1 ¿A qué grupo pertenecerá el estudiante?: 1 _____ 2 _____ 3 _____

B14. ¿Cuál es la razón de referimiento al Programa Comunitario de USAID Leer? (Encierre la/s opción/es que apliquen)

B14.1	No identifica las letras	1
B14.2	No identifica las sílabas	2
B14.3	Escribe de forma No convencional (garabatea, alterna las letras, dibuja las palabras)	3
B14.4	No separa las palabras en una oración que escribe.	4
B14.5	Al escribir no sigue las normas de la escritura	5
B14.6	Necesita la imagen para leer las palabras	6
B14.7	Adultos con los que vive No leen y/o escriben.	7
B14.8	Otro:	8

B16. ¿Sufre de algún tipo de alergias o enfermedad? → 1. Si: ____ 2. No: ____

B16.1 (Si B16 = "Si") ¿Cuál/es? _____

B17. ¿Opinión de la familia sobre el proceso de lectura y escritura del niño o la niña? (Maque con un "X" la opción que aplique)

Habilidades:	Lo logró	Casi lo logra	Por mejorar	No Sabe
B17.1 Puede hablar en público sin miedo.				
B17.2 Cuando escribe, se puede leer su escritura.				
B17.3 Lee de manera fluida.				
B17.4 Entiende lo que lee.				

C. Datos de Padre, Madre, y/o Tutores (PMT)

D12.1 Nombre: _____ D12.2 Apellido: _____

D12.3 Cédula: _____ D13. Relación con el/la NN (Madre, Padre, etc.): _____

D14. ¿Está Alfetizado? → Si: ____ No: ____ D14.1 Nivel educativo alcanzado: _____

D15. Ocupación: _____ D16. ¿Vive con el niño/a? → Si: ____ No: ____

D17. ¿Es miembro de la APMAE? → Si: __ No: __ SI responde que SI, D17.1 ¿Cuál es su Cargo / Rol? _____

D18. ¿Es miembro de la Junta de Centro? → Si: __ No: __ SI responde que SI, D18.1 ¿Cuál es su Cargo / Rol? _____

C19. Dirección

C19.1 Calle: _____ C19.2 Sector: _____

C19.3 Comunidad: _____ C19.4 Municipio: _____

C19.5 Provincia: _____ C19.6 Tipo de Comunidad: 1.Rural ____ 2.Semi Rural ____ 3.Urbana ____

C20. Teléfono (Incluir todos los números disponibles, *En caso de NO tener colocar el de algún cercano y Especificar "Vecino, Prima...")

C20.1 Casa: _____ C20.2 Trabajo: _____ C20.3 Cel: _____

D. Controles Finales

D21. ¿Tiene algún comentario u observación adicional?

Datos de quien lleno instrumento

E21.1 Nombre y Apellido: _____ E21.2 Cargo / Rol: _____

Datos del personal de World Vision

Movilizador Comunitario	Movilizador Disrtrital
E22. Nombre y Apellidos:	E23. Fima: