



# The Center

Early Childhood Programs  
Lake County School District R-1

315 West 6<sup>th</sup> Street  
Leadville, CO 80461

Phone 719 486-6928  
Fax 719 486-9992

*Head Start, Colorado Preschool Program, Tuition-Based Preschool and School Age Programs, Services for Children with Special Needs*

Estimados Padres,

Gracias por su interés en los Programas de Primera Infancia de The Center. Nuestro programa ofrece un programa de preescolar y preparación para la escuela y el cuidado de niños de alta calidad de día extendido.

**Lo siguiente se debe incluir con su solicitud para que pueda ser procesado.**

- Acta de Nacimiento
- Registro de Inmunización del Niño(a) – Deben estar actualizados sobre inmunizaciones
- Tarjeta de Seguro de Salud – Seguro Privado, Medicaid, o CHP+  
Si no tiene seguro médico – Por favor recoger una solicitud con Jenny en el Cuarto 9
- (Programa de Alimento de Adultos y Niños) CACFP Formulario de Elegibilidad
- Si usted desea ser considerado para un lugar en Head Start preescolar, debe incluir lo siguiente como prueba de elegibilidad:
  - \* 1040 Formulario de Impuestos del 2016 o W-2 formulario del 2016
  - \* Talones de cheque que representa un año de ingresos
  - \* Declaración de Empleador de un año de ingreso
  - \* Documentación de TANF o premio de SSI
  - \* Documentación de estado de acogida.

**Sí, no tienes una de estas formas de pruebas de ingreso en el archivo, su niño(a) no se considerará para la matrícula de Head Start, sólo para los otros programas de preescolar.** Por favor no deje los originales de estos artículos - estaremos encantados de hacer copias si es necesario.

Una vez que usted haya completado y firmado esta aplicación, por favor tráigalos y los documentos requeridos para The Center. Evaluaremos tus peticiones y hacerle saber para cuales programas usted califico, los programas que tienen aberturas, y trabajaremos para crear una programación que se adapte a sus necesidades de la familia. **Por favor tenga en cuenta:** *Esta aplicación está impresa en la parte delantera y trasera de la página.*

Completando esta solicitud no garantiza a su niño(a) un lugar en el programa.

Si, usted tiene cualquier pregunta, o si desea asistencia en completar esta solicitud, llame a Lisa al 719-486-6928 o Jenny al 719-486-6925 para español.

Fecha y hora recibida por:	Aplicación recibida por:	Cita de Examen del Desarrollo

Nuestro programa preescolar enfatiza la preparación para la escuela e incluye el desayuno de estilo familiar y el almuerzo, actividades en grupo, clases formales, actividades dirigidas para el niño, tiempo al aire libre y mucha diversión.

Algunas familias pueden calificar para el programa preescolar gratuitamente o en una base de bajo costo, basado en la información que usted proporciona en este paquete de aplicación.

Además, estamos abiertos para cuidado de niños antes de preescolar a la 7:00am y después de preescolar hasta 5:30pm. Durante esas horas extras, ofrecemos cuidado infantil de alta calidad sobre una base de la matrícula.

*Proporcione la información de programación más precisa posible para ayudarnos a proporcionarle los servicios apropiados.*

**1) ¿Qué horarios le interesan (si está disponible)?**

***Circular Uno - Solo Preescolar Día Extendido Mitad de Día***

**Si, usted necesita un día extendido, por favor lista los días y horas que desea que su niño(a) asista The Center.**

**2) ¿Cuántos días por semana está interesado en tener a su niño(a) asistir?**

***Círculo- 2 días 3 días 4 días 5 días***

GRACIAS. Evaluaremos tus peticiones y su aplicación completa. Vamos entonces a hacerle saber qué programas son elegibles para que responda también a sus necesidades.

**Descripciones del Programa**

**Todos los niños reciban la misma calidad de la experiencia preescolar en todos los programas de The Center.**

Basado en sus necesidades, evaluaremos a su hijo, para algunos o todos los programas a continuación:

**Head Start** - Este programa financiado con fondos federales proporciona un programa preescolar regular diario sin costo, de acuerdo con el calendario del programa. Head Start es un programa para familias de bajos ingresos, y su **niño(a) debe ser 3 o 4 por 01 de octubre de 2017**. Selección se basada en edad, ingreso y tamaño de la familia, así como las necesidades de niño y familia.

**TRANSPORTE PUEDE SER PROPORCIONADO EN LAS AREA DE AUTOBUS.**

**Día Completo de Head Start** - Para las familias que califican para Head Start. 40 horas a la semana del preescolar sin costo para las familias que están en la escuela o la capacitación para el trabajo, o trabajar a tiempo completo. Para ser inscrito en completo día Head Start, no deben existir padres en casa para cuidar al niño. **TRANSPORTE DE LA MAÑANA PUEDE SER PROPORCIONADO EN LAS AREA DE AUTOBUS.**

**Programa Preescolar de Colorado** - Este programa es financiado por el estado y proporciona 10 horas de un programa preescolar regular sin costo alguno. Una matrícula especial puede estar disponible para extender día preescolar de su niño. CPP puede combinarse con Head Start y financiación de la educación especial basado en la enseñanza preescolar por un día más. **Los niños deben ser 3 o 4 por 01 de octubre de 2017**. No hay requisitos de ingresos para este programa. Selección se basa en la edad y factores de riesgo educativos. **NO HAY TRANSPORTE.**

**Preescolar Basado en la Enseñanza** – Por una cuota mensual previo pago de la matrícula, **los niños que tienen al menos 3 años de 01 de octubre de 2017**, Una escala está disponible con tarifas reducidas para familias que califican para el programa de almuerzo reducido o gratis. Basado en la matrícula de preescolar se puede combinar con Head Start, servicios de educación especial o el programa preescolar de Colorado. **NO HAY TRANSPORTE**

**Servicios para Niños con Necesidades Especiales** – Distrito Escolar del Condado Lake es el proveedor de servicios local para niños con discapacidad diagnosticada. Horas y servicios son determinados por el personal de la Educación Especial y la familia del niño. Sí, usted tiene preocupaciones sobre el desarrollo de su niño, por favor pida información acerca de Child Find.



**Programas de Primera Infancia de The Center  
Escolar del Condado de Lake  
Formulario de Solicitud de 2017-2018**



Revisado 2/24/17

*Por favor lea cuidadosamente las preguntas y proporcionar la información más precisa posible.*

**USO DE OFICINA SOLAMENTE**  
Fecha de Matricula \_\_\_\_\_ Fecha de entrada \_\_\_\_\_

**Información del Niño(a)**

Apellido		Primero Nombre		Segundo Nombre		Apodo	
Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer			
Vive con (Marque todas las que aplican: <input type="checkbox"/> Mama <input type="checkbox"/> Papa <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Pareja de la madre <input type="checkbox"/> Pareja del Padre <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Padres de acogida <input type="checkbox"/> Otro _____				Si un padre no vive en el hogar del niño, ¿tenemos permiso para contactarnos con ellos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
¿Hay una orden judicial que afecta a su niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				En caso que sí, debe proporcionar una copia de detalles de ordenes-			

**Cuestionario de Lengua / Raza / Etnia**

Idioma hablado en el hogar:		<input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Otro : _____	
Idioma principal de cartas enviadas a casa		<input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Otro : _____	
Origen étnico: Por favor, marque uno.		<input type="checkbox"/> Origen Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Origen no hispano o Latino	
Raza: Por favor marque uno o más.		<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Isleños del Pacífico o nativos de Hawai <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Otro : _____	

**Información de la Madre / Tutor**

Nombre		Dirección de correo	
Fecha de nacimiento		Dirección física	
Contacto durante el día preferido		Teléfono de casa	
		Celular o Mensaje de Texto	
		Dirección de correo electrónico	
Empleador		Dirección de Empleador	
		Teléfono de Empleador	
¿Vive la madre con el niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿La madre tiene custodia legal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Información sobre el empleo de la madre: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Temporada <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Búsqueda de empleo <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> En capacitación para el trabajo o escuela <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Militares desplegados activamente			
Información sobre la Educación de la madre: <input type="checkbox"/> Menos de escuela secundaria <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria o GED <input type="checkbox"/> Algún Colegio profesional, grado AA/AS <input type="checkbox"/> Licenciatura o Título Universitario Superior Metas educativos de la madre: <input type="checkbox"/> Clases de GED <input type="checkbox"/> Clases de Inglés <input type="checkbox"/> Clases de colegio <input type="checkbox"/> Clases para padres <input type="checkbox"/> Otros			
¿Fue la madre menores de 18 años al tiempo del nacimiento de este niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Era la madre soltera en el momento del nacimiento de este niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

**Firma de Padre/Tutor**

Firma de Madre/Tutor		Fecha	
Firma de Padre/Tutor		Fecha	

**Información de Padre / Tutor**

Nombre		Dirección de correo	
Fecha de nacimiento	Dirección físico		
Contacto durante el día preferido	Teléfono de casa	Celular o Mensaje de Texto	Dirección de correo electrónico
Empleador	Dirección de Empleador	Teléfono de Empleador	
¿Vive el padre con el niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿El padre tiene custodia legal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Información de empleo del padre: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Temporada <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Búsqueda de empleo <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> En capacitación para el trabajo o escuela <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Militares desplegados activamente			
Información sobre el Educación del padre: <input type="checkbox"/> Menos de escuela secundaria <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria o GED <input type="checkbox"/> Algún Colegio profesional, grado AA/AS <input type="checkbox"/> Licenciatura o Título Universitario Superior			
Metas educativos del padre: <input type="checkbox"/> Clases de GED <input type="checkbox"/> Clases de Inglés <input type="checkbox"/> Clases de colegio <input type="checkbox"/> Clases para padres <input type="checkbox"/> Otros			
¿Fue el padre menores de 18 años al tiempo del nacimiento de este niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
¿Era el padre soltero en el momento del nacimiento de este niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

**Otros Cuidadores Adultos in Casa:**  Tutor  Padastro-Madastra  Información de conviviente (marque uno)

**¿Es esta persona relacionada con el niño solicitante por sangre o a través de un matrimonio o una adopción?**

Si  No

Nombre		Fecha de nacimiento	
Contacto de día preferido	Teléfono de casa	Celular o Mensaje	Dirección de correo electrónico
Empleador	Dirección de Empleador	Teléfono de Empleador	
Información de empleo del cuidador: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Temporada <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Búsqueda de empleo <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> En capacitación para el trabajo o escuela <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Militares desplegados activamente			

**Lista de todos los demás miembros familiares no mencionados que viven en su hogar y para quien usted es responsable por el cuidado y bienestar.**

Nombre	Relación del niño	Fecha de nacimiento	Esta persona está relacionada con los padres del niño(s)	¿Esta persona es apoyada por los ingresos de los padres?
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

**Número total de personas que viven en el hogar (incluyéndote a ti) para que proporcione apoyo financiero.**

The Center respeta y protege la privacidad de su familia. La información que usted proporciona en este paquete de inscripción se utilizará para determinar la elegibilidad para programas y servicios de usted y no será compartida sin su permiso.

Entiendo que esta es una aplicación para los servicios que puede ser pagado con fondos del gobierno y que proporcionar intencionalmente información falsa, inexacta o falsa puede resultar en mi niño siendo terminado del programa.

**\* Entiendo que esto es sólo una aplicación y no garantiza la inscripción en el programa \***

**Firma de Padre/Tutor**

Firma de Madre/Tutor	Fecha	Firma de Padre/Tutor	Fecha
----------------------	-------	----------------------	-------

**Consideraciones Especiales** Marque todas las que aplican a su hogar y añadir cualquier información adicional que le gustaría proporcionar).

<input type="checkbox"/> Preocupaciones del desarrollo	<input type="checkbox"/> Discurso / Preocupaciones de lenguaje
<input type="checkbox"/> Abuso de Sustancias	<input type="checkbox"/> Miembro de la familia encarcelado
<input type="checkbox"/> Violencia familiar / abuso	<input type="checkbox"/> Familia en crisis
<input type="checkbox"/> Niño en la colocación fuera de casa.	<input type="checkbox"/> Previamente en Head Start
<input type="checkbox"/> Referencia de agencia Nombre de agencia: _____	<input type="checkbox"/> Otro- (Por favor describa):

### Cuestionario de Residencia del Niño

Este cuestionario está destinado a abordar el McKinney-Vento Homeless Education Assistance Improvements Act 42 USC 11435. Las respuestas a esta información de residencia ayudan a determinar los servicios que el niño puede ser elegible para recibir.

- ¿Cuántas veces se ha mudado su familia o / niño en los últimos 3 años? \_\_\_\_\_
- ¿Es su dirección actual un arreglo de vivienda temporal?  Si  No
- Es este sistema de vida temporal debido a la pérdida de la vivienda o las dificultades económicas?  Si  No

**Si respondió afirmativamente a las preguntas arriba, por favor complete el resto de esta sección. Si usted contestó "NO", usted puede saltar a la siguiente sección.**

¿Dónde el niño actualmente vive? (Marque una casilla)	<input type="checkbox"/> En un motel o hotel	<input type="checkbox"/> En un refugio de emergencia o de transición
	<input type="checkbox"/> En espera de colocación de cuidado adoptivo	<input type="checkbox"/> Con más de una familia en una casa o apartamento
	<input type="checkbox"/> Abandonado en un hospital	<input type="checkbox"/> Mover de un lugar a otro
	<input type="checkbox"/> En un lugar que no esté diseñado para dormitorios comunes, tales como un coche, Parque, edificio abandonado, o camping	

### Reportes de Negligencia y Maltrato Infantil por Mandato

Esto es para informarle de que todos los empleados de The Center, los Programas Primera Infancia son requeridos por la ley estatal para informar de todos los casos de sospecha de abuso o descuido de niños al Departamento de Servicios Humanos del Condado de Lake. Este organismo visitará The Center para evaluar las circunstancias y, en caso de abuso o negligencia está determinada, y si el niño se considera en peligro de abuso o negligencia, el Departamento de Servicios Humanos llamará a las autoridades legales y solicitar que se tome al niño en custodia protectora, y se le informará de los pasos que debe tomar.

**Iniciales de los Padres** \_\_\_\_\_

### Pago de Servicios para el Cuidado de Niños

La matrícula de The Center para los servicios de cuidado de niños debe ser pre-pagada. El Programa de Head Start es financiado por el federal, y el Programa Preescolar de Colorado es financiada por el estado. Estos programas no cobran por sus servicios prestados para los niños inscritos. Estoy de acuerdo en pagar todos los gastos incurridos por la asistencia de mis niños que no están cubiertos por la financiación de estos u otros programas, antes o después de sus horas de operación.

**Iniciales de los Padres** \_\_\_\_\_

### Firmas de padre/Tutor

**\* Entiendo que esto es sólo una aplicación y no garantiza la inscripción en el programa \***

Firma de Madre/Tutor	Fecha	Firma de Padre/Tutor	Fecha
----------------------	-------	----------------------	-------

Nombre del Niño(a)

Formulario de Matrícula

**Contacto de Emergencia Persona Primaria Autorizada para Recoger – En caso de enfermedad o de emergencia, si no podemos llegar a los padres o tutores, quien es la siguiente persona que deberíamos intentar contactar**

Nombre	Relación con el niño	
Teléfono	Dirección	Nota-

**La gente permitida para recoger el niño(a) o contactarse en caso de emergencia**  
(No incluya los padres/tutores. Todas las personas que aparecen aquí deben ser mayores de 18 años) **2017-2018**

Nombre	Relación con el niño	
Teléfono	Dirección	Notas-
Nombre	Relación con el niño	
Teléfono	Dirección	Notas-
Nombre	Relación con el niño	
Teléfono	Dirección	Notas-
Nombre	Relación con el niño	
Teléfono	Dirección	Notas-
Nombre	Relación con el niño	
Teléfono	Dirección	Notas-
Nombre	Relación con el niño	
Teléfono	Dirección	Notas-
Nombre	Relación con el niño	
Teléfono	Dirección	Notas-
Nombre	Relación con el niño	
Teléfono	Dirección	Notas-
Nombre	Relación con el niño	
Teléfono	Dirección	Notas-
Nombre	Relación con el niño	
Teléfono	Dirección	Notas-
Nombre	Relación con el niño	
Teléfono	Dirección	Notas-

**Firmas de Padres/Tutores**

Firma de Madre/Tutor	Fecha	Firma de Padre/Tutor	Fecha
----------------------	-------	----------------------	-------

Nombre del Niño(a) Formulario de Matricula  
Página 5

**Consentimiento de Examen de Salud** **2017-2018**

Entiendo que los siguientes exámenes de salud y reconocimientos son necesarios para la inscripción y participación de mi

niño en los programas de primera infancia de The Center. Doy mi consentimiento a mi niño nombrado arriba para que reciba algunos o todos de los siguientes exámenes, observaciones, evaluaciones y seguimientos. Este consentimiento es válido para el año inmediatamente siguiente la fecha de su firma. Entiendo que un padre o tutor debe estar presente para los exámenes dental y físico de Head Start. Los resultados de estos exámenes y evaluaciones serán disponibles a mí. Autorizo la publicación de información pertinente a cualquiera de estos exámenes, observaciones y evaluaciones a los proveedores de servicios considerados necesarios por Head Start, CPP, o Programas basados en Enseñanza.

**Requisitos de salud para padres para completar:**

*Se proporcionarán las formas necesarias.  
Asistencia en la toma de citas está disponible a petición.*

- Examen físico
- Examen dental - *requerido solamente para Head Start*
- Examen de Plomo de Sangre
- Vacunas
- Exámenes Social y Emocional de Edades y Etapas-  
*(documentos serán proporcionados por la escuela)*

**Exámenes de salud completado en la escuela por el personal:**

- Exámenes del Desarrollo
- Examen de Audición
- Examen de la Visión
- Alturas y Pesos

**Iniciales de los Padres** \_\_\_\_\_

**Autorización de Tratamiento Medico**

Autorizo a los miembros del personal de los programas de primera infancia de The Center para solicitar atención médica o quirúrgica para mi niño nombrado arriba y doy mi consentimiento para el cuidado o tratamiento en caso de emergencia. Los miembros del personal pueden utilizar su juicio para decidir una emergencia y podrá solicitar los servicios de nuestro médico nombrado en la información médica u otra forma si él o ella no están disponibles y llamar al hospital o una ambulancia. Entiendo que se hará un intento para llegar a mí y/o los contactos de emergencia proporcionada a The Center, pero el contacto no es necesario para el consentimiento anteriormente vigente. Una copia de este formulario de autorización de tratamiento médico, será presentada y se considerarán válidas como el original. Esta autorización estará vigente hasta retirado y escrito por las personas que firman. Acepto la responsabilidad por gastos incurridos, que no son responsabilidad de los Programas de Primera Infancia de The Center o de sus empleados.

**Iniciales de los Padres** \_\_\_\_\_

**Publicación de Información**

Doy permiso para los Programas de Primera Infancia de The Center para intercambio de información con los siguientes socios de la comunidad con el propósito de proporcionar los mejores servicios para mi niño y mi familia. Esta autorización continuará en fuerza hasta revocado y escrito por mí y una copia o fax ejercerán en su lugar. Esto incluye el permiso para copiar, publicar o discutir información con el fin de facilitar la comunicación interinstitucional en la prestación de servicios para mí y mi familia.

**Iniciales de los Padres** \_\_\_\_\_

- |  |  |
|--|--|
| • Distrito Escolar del Condado de Lake               | • Programa de Alfabetización Familiar                  |
| • Departamento de Servicios Humanos del Condado Lake | • Coordinador y Proveedor de Servicios de Discapacidad |
| • Agencia de Salud Publico del Condado de Lake       | • Programa de Nutrición de WIC                         |
| • Proveedores de atención médica y dental de mi niño | • SolVista de Salud                                    |

**Publicación de Foto y Video**

Si  No Autorizo a los Programas de Primera Infancia de The Center para fotografiar o permiso de fotografías tomadas para el rodaje de video de mi niño nombrado arriba. Las fotos o vídeos pueden ser publicados en The Center, publicados en el boletín, en sitio web o páginas de redes sociales, medias de comunicación o utilizadas en materiales de promoción para estos programas.

**Permiso de Transporte**

Si  No Yo doy permiso para mi niño(a) nombrado arriba, ser transportado hacia los Programas de Primera Infancia y transportarse a casa o a una ubicación alternativa nombrado por mí. Sí, es necesario, esto incluye salud o visitas al dentista. Yo doy permiso para mi niño nombrado arriba a caminar o transportarse a las actividades, programas o salidas de campo como parte de la participación en los Programas de Primera Infancia de The Center.

**Firma de Padre/Tutor**

Firma de Madre/Tutor	Fecha	Firma de Padre/Tutor	Fecha
----------------------	-------	----------------------	-------

**Información Médica y Dental** **2017-2018**

**Información de Cobertura y Proveedor de Salud**

¿Tiene usted un proveedor médico primaria que proporciona la atención regular de salud de su niño?  Si  No

Nombre del Proveedor \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

¿Tienes cobertura médica o seguro?  Si (favor de traer la tarjeta para hacer una copia)  No

De qué tipo  Medicaid ID# \_\_\_\_\_  
 CHP+ ID# \_\_\_\_\_  
 Seguro Privado Nombre de Empresa y Numero de Póliza# \_\_\_\_\_

¿Su seguro incluye cobertura dental?  Si  No

Si "No", pedir por favor una solicitud para Medicaid y CHP +. Asistencia está disponible para completar esta forma.

¿Su niño ha sido visto por un dentista?  Si  No

¿Cuándo fue la última cita con el dentista? \_\_\_\_\_

Por favor indique al dentista recomendado: para el cuidado dental de su niño:

Nombre del Dentista \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**Nota: en caso de emergencia, los niños serán transportados al Hospital General de San Vicente.**

**Historia médica y preocupaciones especiales**

¿Esta su niño viendo a un especialista médico por cualquier razón?  Si  No

por favor explique: \_\_\_\_\_

Nombre del Especialista \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su niño una lesión grave, accidente, ha sido hospitalizado o tenido cirugía?  Si  No

por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Es su niño tratado por una condición de salud mental, médica o incapacitante?  Si  No

por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Su niño está tomando actualmente algún medicamento o es necesario cualquier procedimiento médico?  Si  No

Que tipo? \_\_\_\_\_

¿Este medicamento o procedimiento médico se dará en la escuela?  Si  No

(Nota: autorización escrito del médico es necesario antes de cualquier medicación/o procedimiento se puede dar en la escuela.)

¿Hay problemas de salud o condiciones que afectan a su niño en la escuela o limitan las actividades?  Si  No

por favor explique: \_\_\_\_\_

**Vacunas**

¿Su niño está al día en sus vacunas?  Si  No

(Nota: una copia de los registros de vacunas de su niño o una declaración firmada de exención debe estar en el archivo de su niño antes del primer día de la escuela.)

(Nota: las políticas del Estado de Colorado requieren que todos los niños estén al día en las vacunas dentro de 14 días de la escuela)

**Discapacidad**

¿Su niño tiene una discapacidad diagnosticada?  Si  No

En caso que sí, ¿qué es la discapacidad? \_\_\_\_\_

¿Su niño está en un Plan de Educación Individual (IEP)?  Si  No

En caso que sí, ¿para qué es el IEP? \_\_\_\_\_

¿Tienes otras preocupaciones sobre otros niños de su familia que tenga retrasos y discapacidades?  Si  No

¿Te gustaría que The Center te refieran al programa de intervención temprana "Child Find: para ayudar con sus inquietudes?

Si  No

**Iniciales de los Padres** \_\_\_\_\_

**Antecedentes médicos y problemas de salud del niño****2017-2018****Su niño ahora sufre o sufrieron en el pasado de:****(Por favor marque todas las que aplican.)**

<input type="checkbox"/> Asma ¿Su niño requiere un inhalador o nebulizador en la escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuáles son los desencadenantes del asma?	<input type="checkbox"/> Problemas visuales (Dificultad para ver, dolores de cabeza, lleva gafas)	<input type="checkbox"/> Problemas de audición (audífonos, dificultad auditiva, frecuentes dolores de oído, tubos en los oídos)
<input type="checkbox"/> Problemas de la Piel (Eczema, urticaria, etc.)	<input type="checkbox"/> Hueso, lesiones de articulaciones o muscular o enfermedad de los huesos	<input type="checkbox"/> Problemas del habla (Difícil entender, hablo tarde)
<input type="checkbox"/> Neumonía/RSV	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón
<input type="checkbox"/> Desorden de la sangre	<input type="checkbox"/> Anemia o Anemia de células falciformes	<input type="checkbox"/> Reflujo Gastroesofágico (GER)
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Ataques/Convulsiones	<input type="checkbox"/> Meningitis
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/> Leucemia
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Fiebre frecuente	<input type="checkbox"/> Problema de los seno
<input type="checkbox"/> Problemas Ortopédicos	<input type="checkbox"/> Envenenamiento del plomo	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Frecuentes dolores de estómago, indigestión, o vómitos	<input type="checkbox"/> Estreñimiento, frecuente diarrea, o urinario doloroso	<input type="checkbox"/> Marearse
<input type="checkbox"/> Tos ferina	<input type="checkbox"/> Problemas para masticar o tragar	<input type="checkbox"/> Humo de segunda mano
<input type="checkbox"/> Usa pañales o pull ups	<input type="checkbox"/> Otro:	
¿Se ha alguna vez desmayado su niño durante el esfuerzo físico extremo?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Alguien de la familia ha sufrido una muerte repentina, inexplicada antes de los 50 años?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Por favor explique las preocupaciones de la lista arriba:

**Alergias**

Medicamentos de alergias	<input type="checkbox"/> Penicilina <input type="checkbox"/> Cephalosporins <input type="checkbox"/> otro
Describir reacciones y especificar alergias si hay "otros".	
Alergias alimentarias	<input type="checkbox"/> huevos <input type="checkbox"/> pescado <input type="checkbox"/> leche/productos lácteos <input type="checkbox"/> nueces <input type="checkbox"/> semillas <input type="checkbox"/> Gluten <input type="checkbox"/> Soy <input type="checkbox"/> mariscos <input type="checkbox"/> otro
Describir reacciones y especificar alergias si hay "otros".	
Alergias ambientales	<input type="checkbox"/> picaduras de abeja <input type="checkbox"/> picaduras de insectos <input type="checkbox"/> alergias estacionales <input type="checkbox"/> animales / pelo de animal <input type="checkbox"/> polvo <input type="checkbox"/> látex <input type="checkbox"/> otro
Describir reacciones y especificar alergias si hay "otros".	
¿Su niño necesita algún medicamento, como un Epi Pen, para manejar sus alergias? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Nota: autorización escrito por el médico es necesario antes de cualquier medicación / o procedimiento se puede dar en la escuela.)	
<b>Dietas especiales</b>	
¿Su niño está en una dieta especial? (Diabéticos, vegetarianos, médica, religiosa, personal)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Nota: una declaración de dieta especial firmada por una autoridad médica, incluyendo sus recomendaciones, es necesaria para sustituir cualquier comida que se sirve en The Center.)

Iniciales de los Padres \_\_\_\_\_ Fecha de Finalización \_\_\_\_\_

**Desarrollo del Nino****2017-2018**

Su Nino(a):	Marque uno	Por favor explique:
-------------	------------	---------------------

**Ir al Baño**

¿Siempre usar el baño por su cuenta?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Necesita ayuda para ir al baño?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Tener accidentes de ir al baño?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

**Cuidado de Uno Mismo**

¿Lavar y secar las manos?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Se viste con poco de ayuda?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Saber su nombre y apellido?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

**Las emociones y la autoestima**

¿Mostrar agresividad, incapacidad para llevarse bien con otros?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene cambios de humor repentinos o de humor inexplicables?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Acta retirado / tímido y temeroso?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Separar fácilmente de los padres?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene experiencia jugando con otros niños?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene cambios familiares o problemas, que pueden afectar a él o ella?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

**Hábitos de sueño**

¿Tiene alguna dificultad para dormir?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene problemas de disciplina antes de acostarse?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Tomar una siesta?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Cuándo es la hora de dormir de su niño?	¿Cuántas horas a la noche duerme su niño?	

**Desarrollo**

¿Hiso su niño cualquiera de estas cosas más tarde de lo esperado, provocando preocupaciones sobre su desarrollo? <input type="checkbox"/> Sentarse <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Hablar <input type="checkbox"/> Responder a las direcciones
---

**Intereses del niño**

¿Lo que es bueno en su niño?
¿Lo que gusta al niño cuando él o ella juega?

**¿Su niño(a)....?**

¿Mostrar interés en el uso de nuevas palabras?	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> De vez en cuando <input type="checkbox"/> Nunca
¿Mostrar un interés en los libros?	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> De vez en cuando <input type="checkbox"/> Nunca
¿Escuchar y seguir direcciones?	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> De vez en cuando <input type="checkbox"/> Nunca
¿Mostrar interés en recuento, clasificación y números?	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> De vez en cuando <input type="checkbox"/> Nunca
¿Llevarse / solucionar problema con otros niños?	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> De vez en cuando <input type="checkbox"/> Nunca
¿Mostrar interés en cortar, colorear, dibujar y escribir?	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> De vez en cuando <input type="checkbox"/> Nunca
¿Completar las tareas que él o ella comienza?	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> De vez en cuando <input type="checkbox"/> Nunca
¿Mostrar interés en alimentos nutritivos y probar nuevos alimentos?	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> De vez en cuando <input type="checkbox"/> Nunca
Forma cariño para adultos nuevo?	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> De vez en cuando <input type="checkbox"/> Nunca

**Iniciales de los Padres** \_\_\_\_\_ **Fecha de Finalización** \_\_\_\_\_

**Fortalezas familiares****2017-2018**

¿Cuántas veces le lees a tu niño?	<input type="checkbox"/> Cada día <input type="checkbox"/> Una vez una semana <input type="checkbox"/> Una vez al mes <input type="checkbox"/> Muy raramente	
¿Eres consciente de los recursos comunitarios para ayudar a ser su familia aún más fuerte (como la biblioteca pública, salud pública, programas de recreación o asistencia pública)?	<input type="checkbox"/> Nuestra familia conoce y aprovecha los recursos de la comunidad. Utilizamos: <input type="checkbox"/> Nuestra familia sabe acerca de los recursos y se conecta a ellos cuando sea necesario. <input type="checkbox"/> Nuestra familia no se conecta a los recursos de la comunidad. <input type="checkbox"/> Me gustaría más información sobre:	
¿Cómo es su relación con la escuela de su niño?	<input type="checkbox"/> Participamos activamente. Sabemos cómo abogar por las necesidades de nuestro niño. Tenemos interacciones regulares con el personal de la escuela. Asistamos eventos y reuniones. <input type="checkbox"/> Participamos en conferencias y visitas domiciliarias según sea necesario. A veces llegamos a eventos. Nos contactamos con el personal cuando hay un problema. <input type="checkbox"/> Contamos con mínima interacción con la escuela, más allá de la inscripción y asistencia. El personal nos llama si hay un problema. <input type="checkbox"/> Tenemos ningún interés en el desarrollo educativo de nuestros niños y no tenemos interacciones con su escuela.	
¿Está usted interesado en presentarse a las elecciones para el Consejo de Política de Head Start? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Cómo se siente acerca de sus habilidades de crianza del niño?		
Mi familia tiene interacciones cálidas, muestra afecto uno al otro y goza de estar juntos.	<input type="checkbox"/> Muy de acuerdo <input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> Me gustaría más información sobre más cordialidad y menos estrés en las interacciones familiares.
Mi familia utiliza técnicas de disciplina consistente, adecuada y efectiva.	<input type="checkbox"/> Muy de acuerdo <input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> Me gustaría obtener más información sobre técnicas de disciplina adecuada y efectiva
Mi familia tiene rutinas consistentes para que todos sepan lo que puede esperar y transiciones son fáciles.	<input type="checkbox"/> Muy de acuerdo <input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> Deseo más información sobre el uso de rutinas para facilitar las transiciones.
Tengo conocimiento sobre desarrollo infantil y estoy seguro que mi niño está creciendo y aprendiendo en rastro.	<input type="checkbox"/> Muy de acuerdo <input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> Me gustaría obtener más información sobre el desarrollo infantil.
Yo controlo el "tiempo de pantalla" de mi niño y sabo que está viendo solamente los materiales apropiados para su edad y habilidad del nivel.	<input type="checkbox"/> Muy de acuerdo <input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> Me gustaría obtener más información sobre los medios apropiados para edad de los niños de preescolar.
Mi familia practica hábitos de buena nutrición, y tenemos comida suficiente.	<input type="checkbox"/> Muy de acuerdo <input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> Me gustaría obtener más información sobre comidas saludables y hábitos alimentarios.
Mi familia tiene cobertura de salud y un cuidado regular de la salud y proveedor de cuidado dental.	<input type="checkbox"/> Muy de acuerdo <input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> Me gustaría obtener más información sobre la solicitud de cobertura de salud o con mi cobertura actual.
Yo proporciono un hogar seguro, regular y cómodo para mi familia.	<input type="checkbox"/> Muy de acuerdo <input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> Me gustaría más información sobre cómo realizar mi casa incluso más seguro.
Ambos padres de mi niño están conectados a él/ella y apoyan su educación.	<input type="checkbox"/> Muy de acuerdo <input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> No estoy de acuerdo <input type="checkbox"/> Muy en desacuerdo	<input type="checkbox"/> Me gustaría obtener más información sobre el papel de un padre en el desarrollo infantil y educación.
¿Sientes que tu niño tiene las habilidades para tener éxito en la escuela? (Ejemplos: amor por el aprendizaje, siguiendo las rutinas, interactuando con adultos y otros niños, determinados conceptos como colores, letras, números, formas)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Como llegar <input type="checkbox"/> Todavía no Quisiera que mi niño trabaje en:	

**Iniciales de los Padres** \_\_\_\_\_ **Fecha de Finalización** \_\_\_\_\_