



Deben incluirse los siguientes artículos con su aplicación en orden para que pueda ser procesado. Rvisada 2/12/15

- Certificado de Nacimiento del niño(a)
- Registro de inmunización de niño(a) – deben estar al día en las vacunas
- Tarjeta de Seguro Médico - Seguro Privado, Medicaid o CHP +
 - Si no tiene seguro médico – por favor recoja una solicitud con Juanita en el Cuarto 9
- CACFP-Programa de Alimentos de Niños y Adultos
- Si usted desea ser considerado para un puesto de preescolar de Head Start, debe incluir uno de los siguientes como prueba de elegibilidad:

* 1040 Formulario de Impuestos de 2014 o Forma W-2 de 2014 o

* Talones de Cheque que representa un año de ingresos

* Declaración del empleador por un año de ingresos o

* Documentación de TANF o un premio de SSI o

* Documentación del estado de acogida.

Si no tenemos una de estas formas de pruebas de ingreso en el archivo, su niño(a) no se considerará para la inscripción de Head Start.

Por favor no dejar los originales de estos artículos - estaremos encantados de hacer copias si es necesario.

Fecha y hora recibida por oficina	<input type="checkbox"/> Programado de la Proyección del Desarrollo Firma: _____
------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------



Por favor devuelva este paquete completamente para determinar la elegibilidad para el programa
Se procesará sólo aplicaciones completas

**** Las solicitudes completamente no garantizan un lugar ****

Revisado 2/27/15

Nombre de Niño/a _____

Fecha de la Solicitud _____

Nuestro programa preescolar funciona del **lunes al jueves de 9:30 – 1:30.** Este programa enfatiza la preparación para la escuela e incluye el desayuno y el almuerzo de estilo familiar, actividades en grupo, lecciones formales, actividades dirigidas para el niño, tiempo al aire libre y mucha diversión.

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

Además, estamos abiertos antes de preescolar a 6:30 y luego de preescolar hasta 5:30. Durante esas horas extras, le ofrecemos cuidado de niños de alta calidad sobre una base de matrícula.

Por favor proporcione la información más exacta posible para ayudarnos a proporcionarle los servicios apropiados.

1) ¿Está interesado sólo en preescolares horas, o necesitas un día extendido de cuidado de niño?

Círculo uno - **Solo Preescolar** **Día Extendido** **No Se**

Si, usted necesita un día extendido, enumere los días y horas que desea que su niño asista The Center.

2) ¿Puedes pagar la matrícula muchas horas seguidas o quieres horario extendido solamente si es gratis?

Círculo uno - **Sí** **No**

3) ¿Quieres una matricula basado lugar de cuidado de Niños el viernes?

Círculo uno - **Sí** **No**

Descripciones del Programas

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

Basado en sus necesidades, evaluaremos a su niño para algunos o todos de los siguientes programas:

Head Start - Este programa financiado por el gobierno federal proporciona preescolar de 9:30-1:30, del lunes al jueves, sin ningún costo, según el calendario del programa. Head Start es un programa para familias de bajos ingresos, **y su niño debe ser 3 o 4 para el 1 de octubre de 2015.** Selección se basa en edad, ingresos y tamaño de la familia, así como necesidades del niño y su familia. **TRANSPORTE PUEDE SER PROPORCIONADA A AQUELLOS DENTRO DE ÁREA DE TRANSPORTE.**

Día Completo Head Start - Para las familias que califican para Head Start. 40 horas a la semana del preescolar, que puede incluir el viernes, sin ningún 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 debe haber ningún padre en casa disponible para cuidar al niño. **TRANSPORTE DE MAÑANA PUEDE SER PROPORCIONADA A AQUELLOS DENTRO DE ÁREA DE TRANSPORTE.**

Programa Preescolar de Colorado - Este programa es financiado por el estado y ofrece preescolar de 9:15-12:00, del lunes al jueves sin ningún costo. Una tasa de matrícula especial está disponible para extender el día preescolar de su niño hasta la 1:30 por sólo \$91 por mes. CPP puede combinarse con Head Start o basada en la enseñanza preescolar durante más horas. **Los niños deben ser 3 o 4 de 01 de octubre de 2015.** No existen ingresos requisitos para este programa. Selección se basa en la edad y los factores de riesgo educativos. **NO HAY TRANSPORTE PROPORCIONADO.**

Basadas en la Enseñanza Preescolar - Por una cuota mensual previo pago de la matrícula, **los niños que son por lo menos 3 años de edad de 15 de septiembre de 2015,** pueden extender sus horas, antes y después de las horas de experiencia preescolar, para satisfacer las necesidades de su familia para el cuidado de niños. Una escala está disponible con tarifas reducidas para las familias que califican para el programa de almuerzo reducido o gratis. Basada en la enseñanza preescolar puede combinarse con un lugar de Head Start por la mañana o el programa preescolar de Colorado. **NO HAY TRANSPORTE PROPORCIONADO.**

Gracias. Evaluaremos sus peticiones y su solicitud completada. Entonces te dejaremos saber que usted es elegible para los programas que también responda a sus necesidades.



The Center Programas de la Primera Infancia
Escuelas de Condado Lake
Formulario de Solicitud de 2015-2016



Revisado 2/12/2015

Fecha de entrevista e iniciales de personal	SÓLO PARA EL USO DE LA OFICINA	
	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: <input type="checkbox"/> Mama <input type="checkbox"/> Papa <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Otro _____
¿Hay una orden judicial que afecta a su niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		En caso que si, debe proporcionar una copia de los detalles de la orden	

Cuestionario de Idioma Primaria

Idioma hablado en el hogar:	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Otro : _____
Idioma primario para cartas enviadas a casa	<input type="checkbox"/> Inglés <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 Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Pacífico isleño o nativo hawaiano <input type="checkbox"/> Asia <input type="checkbox"/> Caucásica <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Otro : _____

Información de la madre

<input type="checkbox"/> Vive en casa	Nombre	Dirección de correo
<input type="checkbox"/> No vive casa		
Fecha de nacimiento	Dirección de casa	
Contacto de día preferido <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	Teléfono de casa	Celular o Mensaje
	Dirección de correo electrónico	
Empleador	Dirección de trabajo	Teléfono del trabajo

Información del empleo de la madre: <input type="checkbox"/> Empleado de tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado de tiempo parcial <input type="checkbox"/> Empleo estacional <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 la escuela <input type="checkbox"/> Discapacitados <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Activamente desplegados militares	Si no es en casa, ¿tenemos permiso para contacto / enviar por correo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Información sobre la educación de la madre: <input type="checkbox"/> Menos de Preparatoria Diploma <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria o GED <input type="checkbox"/> Algunos universitarios, profesional, AA/AS grado <input type="checkbox"/> Licenciatura o título universitario avanzado	¿Madre era menor de 18 años en momento del nacimiento del niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Era la madre soltera en el momento del nacimiento del niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Metas educativas de la madre: <input type="checkbox"/> Interesada en las clases de GED <input type="checkbox"/> Interesada en clases de Ingles <input type="checkbox"/> Interesada en clases de colegio <input type="checkbox"/> Interesada en clases para padres <input type="checkbox"/> Otro
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Firma de los Padre/Tutor

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

Información del Padre**2015-2016**

<input type="checkbox"/> Vive en casa <input type="checkbox"/> No vive en casa	Nombre	Dirección de Coreo
-----------------------------------------------------------------------------------	--------	--------------------

Fecha de nacimiento	Dirección de Casa
---------------------	-------------------

Contacto de día preferido <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	Teléfono de Casa	Celular o Mensaje	Dirección de correo electrónico
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------	-------------------	---------------------------------

Empleador	Dirección de Trabajo	Teléfono de Trabajo
-----------	----------------------	---------------------

Información de empleo del padre: <input type="checkbox"/> Empleado a Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Empleado a Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Empleo Estacional <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 la escuela <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Militares desplegados Activamente	¿Si, no en casa, tenemos permiso para contacto /por correo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Padre era menor de 18 años en el momento del nacimiento de este niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Información sobre Educación del padre: <input type="checkbox"/> Menos de Preparatoria Diploma <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria o GED <input type="checkbox"/> Algunos universitarios, profesional, AA/AS grado <input type="checkbox"/> Licenciatura o título universitario avanzado	Era padre soltero en el momento del nacimiento de este niño <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
		Metas educativas del padre: <input type="checkbox"/> Interesado en las clases de GED <input type="checkbox"/> Interesado en clases de Ingles <input type="checkbox"/> Interesado en clases de colegio <input type="checkbox"/> Interesado en clases para padres <input type="checkbox"/> Otro

Otros cuidadores adultos en casa: Tutor Padrastro(a) Conviviente información (Marque uno)

¿Es esta persona relacionada con el niño solicitante por sangre o matrimonio o adopción? Si No

Nombre	Dirección de casa
--------	-------------------

Fecha de nacimiento	Dirección de correo
---------------------	---------------------

Contacto de día preferido <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	Teléfono de casa	Celular o mensaje	Dirección de correo electrónico
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------	-------------------	---------------------------------

Empleador	Dirección de trabajo	Teléfono de trabajo
-----------	----------------------	---------------------

Otras personas en tu casa (por favor no escriba al niño solicitante o padres mencionados arriba)

Nombre	Relación con el niño	Fecha de nacimiento	Nombre	Relación con el niño	Fecha de nacimiento

The Center respeta y protege la privacidad de su familia.

La información que usted proporciona en este paquete de inscripción se utilizará para determinar tu elegibilidad para programas y servicios y no será compartida sin su permiso.

Por favor, lea atentamente las preguntas y proporcionar la información más precisa posible.

Por favor, háganos saber si usted tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta aplicación. Estaremos encantados de ayudarle.

Firma de los Padres/Tutor

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

2015-2016**Información estadística** (marque todas las que aplican a su hogar y añadir cualquier información adicional que le gustaría proporcionar).

<input type="checkbox"/> Solo un padre en la casa	<input type="checkbox"/> Violencia familiar y abuso
<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias	<input type="checkbox"/> Miembro de la familia encarcelado
<input type="checkbox"/> Fuera de casa colocación	<input type="checkbox"/> Familia en crisis
<input type="checkbox"/> Previamente en Head Start	<input type="checkbox"/> Otro-
<input type="checkbox"/> Preocupaciones del desarrollo	<input type="checkbox"/> Discurso/preocupaciones de lengua
<input type="checkbox"/> Recibir asistencia pública (es decir, SSI o TANF) Tipos: _____	<input type="checkbox"/> Referencia de Agencia Nombre de Agencia: _____

Questionario de residencia del niño

Este cuestionario se pretende dirigir a Ley de Mejoras Asistencia a Educación Sin Hogar McKinney-Vento 42 USC 11435. Las respuestas a esta información residencia ayudan a determinar los servicios el niño puede ser elegible para recibir.

1. ¿Cuántas veces se ha mudado su familia/niño en los últimos 3 años? _____

2. ¿Es un arreglo de vivienda temporal a su dirección actual? Si No

3. ¿Es este arreglo de vivienda temporal debido a la pérdida de económica o vivienda? Si No

**Si usted contestó sí a las preguntas arriba, por favor, complete el resto de esta sección.
Si usted contestó que NO, puede saltarse a la siguiente sección.**

¿Dónde vive actualmente el niño? (Marque una casilla)	<input type="checkbox"/> En un hotel o motel	<input type="checkbox"/> A la espera de colocación de cuidado de crianza temporal
	<input type="checkbox"/> En un refugio de emergencia o de transición	<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 no diseñado para ordinario dormitorio, como un coche, parque, edificio abandonado o campamento	

Reportajes de Mandato de Abuso y Negligencia

Esto es para informarle que todos los empleados de The Center Programas de Primera Infancia están obligados por la ley estatal a reportar todos los casos de presunto abuso o descuido al Condado de Lake Departamento de Servicios Humanos. Esta agencia visitará The Center para evaluar las circunstancias y si se determina el abuso o negligencia, y si el niño se siente en peligro de más abuso o negligencia, el Departamento de servicios humanos llaman a las autoridades legales y pedir que llevan al niño bajo custodia, y le notificará de los pasos que debe tomar.

Iniciales de los padres _____

Pago de servicios de cuidado de niños

Servicios de la matrícula de niños de The Center deben ser pagados por adelantado. El programa de Head Start está financiado por el gobierno federal, y el Programa Preescolar de Colorado es financiado por el estado. Estos programas no cobran por sus servicios prestados a 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 _____

Firma de los Padres/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
----------------------	-------	----------------------	-------

2015-2016**Las personas permitidas a recoger a su niño o contactarse en caso de emergencia**

(No escriba a los padres/tutores. Todas las personas mencionadas aquí deben ser 18 años y mayores)

Nombre	Relación con el niño
Teléfono	Nota-
Nombre	Relación con el niño
Teléfono	Nota-
Nombre	Relación con el niño
Teléfono	Nota-
Nombre	Relación con el niño
Teléfono	Nota-
Nombre	Relación con el niño
Teléfono	Nota-
Nombre	Relación con el niño
Teléfono	Nota-
Nombre	Relación con el niño
Teléfono	Nota-
Nombre	Relación con el niño
Teléfono	Nota-
Nombre	Relación con el niño
Teléfono	Nota-
Nombre	Relación con el niño
Teléfono	Nota-
Nombre	Relación con el niño
Teléfono	Nota-
Nombre	Relación con el niño
Teléfono	Nota-

Firma de Padres/Tutor

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

Consentimiento de examen de la salud**2015-2016**

Doy mi consentimiento a mi niño nombrado arriba para recibir algunos o todos los siguientes exámenes, observaciones, y evaluaciones y seguimiento. Este consentimiento es válido para el año del programa inmediatamente después de la fecha de su firma. Entiendo que un padre o tutor debe estar presente para los exámenes dentales y físicos de Head Start. Los resultados de estos exámenes y evaluaciones estarán disponibles para mí. Autorizo la publicación de información pertinente a cualquiera de estas proyecciones, las observaciones y evaluaciones para los proveedores de servicios considerados necesarios por el Head Start, CPP, o programas basados en la Matrícula.

Seguimiento y evaluaciones de Head Start	Enseñanza preescolar Colorado y Programa de Preescolar
Examen dental	
Head Start físico -examen físico - Hemoglobina/plomo - altura y peso - Presión arterial	Forma física proporcionado a la familia para que el médico complete
Examen de la visión	Examen de visión y audición
Examen de audición	Hemoglobina / Examen de Sangre de Plomo
DIAL evaluación de desarrollo	DIAL evaluación de desarrollo
DECA examen de social/emocional - consultor le contacta	DECA examen de social/emocional - consultor le contacta
Examen social/emocional de Edades y Etapas	Examen social/emocional de Edades y Etapas

Autorización de tratamiento médico

Autorizo a los miembros del personal de The Center Programas de Primera Infancia para solicitar atención médica o cirugía para mi niño nombrado arriba y dar mi consentimiento para el cuidado o tratamiento en caso de emergencia. Los miembros del personal pueden utilizar su juicio para decidir qué es una emergencia, puede solicitar los servicios de nuestro doctor llamado en el formulario de información médica u otro si está disponible y llamar al hospital, o una ambulancia. Entiendo que se hará un intento para llamar a mí o los contactos de emergencia proporcionados en The Center, pero el contacto no es necesario para el consentimiento anterior que sea efecto. Una copia de este formulario será presentada como autorización de tratamiento médico y se considerará válida como el original. Este consentimiento estará en vigor hasta que se retiró por escrito por la persona que firma. Acepto la responsabilidad por gastos incurridos, que no son responsabilidad de The Center Programas de Primera Infancia o sus empleados.

Iniciales de los padres _____**Publicación de Información**

Yo doy permiso para que The Center programas de la Primera Infancia a intercambiar información con los siguientes socios comunitarios con el fin de prestar los mejores servicios para mi niño y mi familia. Esta autorización continuará vigente hasta que revocada por mí, por escrito, y una copia o fax ejercerán en su lugar. Esto incluye el permiso para copiar, liberar o discutir la información con el fin de facilitar la comunicación entre agencias en la prestación de servicios a mí y a mi familia.

Iniciales de los padres _____

• Todos los programas operativos en Margaret J. Pitts	• Solvista Salud
• Departamento de Servicios Humanos de Condado de Lake	• Coordinador/proveedor de servicios de discapacidad
• Proveedor de cuidado dental de mi niño	• Programa de Nutrición WIC
• Proveedor de cuidado médico de mi niño	• Programa de alfabetización familiar - Escuelas de Condado de Lake
• Agencia de Salud Pública de Condado de Lake	• Distrito Escolar de Condado de Lake

Publicación de Foto y Video

<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Yo autorizo a los programas de The Center de Primera Infancia fotografiar o permitir que las fotografías de mi niño nombrado arriba y para la filmación de video. Los fotos y video puede ser publicado en The Center, publicado en el boletín de noticias, sitio web de The Center, páginas de redes sociales, o los medios de comunicación o utilizado en materiales de promoción para estos programas.
---------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Permiso de Transporte

<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Yo doy permiso para que mi niño nombrado arriba, ser transportado a The Center Programas de Primera Infancia y transportarse a casa o a un lugar alternativo llamado por mí. Sí, es necesario, esto incluye visitas de salud dental. Yo doy permiso para que mi niño nombrado arriba camine o transportarse a las actividades, programas o viajes de campo como parte de la participación en The Center Programas de Primera Infancia.
---------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Firma de los Padres/Tutor

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

Información Médica**2015-2016**

¿Tienes un proveedor de atención médica primario que provee cuidado médico de su niño? Sí No

Nombre del Proveedor _____ Dirección _____ Teléfono _____

Fecha del último examen físico _____

¿Tiene cobertura/seguro médico? Sí (por favor traer la tarjeta para hacer una copia) No

"Sí" qué tipo

Medicaid ID# _____

CHP+ ID# _____

Seguro Privada Nombre de compañía y # de política _____

Si "No", por favor, pedir una solicitud para Medicaid y CHP +. Asistencia está disponible en completar este formulario.

¿Tu niño va a ver un médico especialista por cualquier razón? Sí No

en caso que si por favor explicar: _____

Nombre de Especialista _____ Dirección _____ Teléfono _____

¿Ha tenido tu niño una lesión grave, accidente, fue hospitalizado o tuvo cirugía? Sí No

en caso que si por favor explicar: _____

¿La mamá o el niño tuvieron problemas de salud durante el embarazo o parto, o permanecer en el hospital más de lo normal? Sí No

en caso que si por favor explicar: _____

¿Nació tu niño 3 semanas temprano o tarde? Sí No ¿Cuál fue el peso del niño/a al nacer? _____

¿Está embarazada ahora? Sí No ¿Fecha de vencimiento? _____ ¿Tienes atención prenatal? Sí No

¿Está tu niño siendo tratado por una afección médica, incapacitante o mental? Sí No

en caso que si por favor explicar: _____

¿Está tu niño actualmente tomando algún medicamento o requiere cualquier procedimiento médico? Sí No

en caso que sí, ¿qué tipo? _____

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

(Nota: se necesita autorización escrita del médico antes de cualquier medicamento/o procedimiento puede darse en la escuela.)

¿Existen problemas de salud o condiciones que limitan las actividades o afectar a tu niño en la escuela? Sí No

en caso que si por favor explicar: _____

¿Tu niño está al día en sus vacunas? Sí No

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

(Nota: las políticas de estado de Colorado requieren todos los niños a estar al día con las vacunas dentro de 14 días de escuela)

Discapacidad

¿Tu niño tiene una discapacidad diagnosticada? Sí No

¿Qué es la discapacidad? _____

¿Tu niño está en un Plan de Educación Individual (IEP)? Sí No

¿Para qué es el plan de IEP? _____

¿Tiene otras preocupaciones sobre otros niños de su familia que tenga retrasos o discapacidades? ¿Quieres que The Center haga una referencia gratis a Child Find un Programa de Intervención Temprana para ayudarle con sus preocupaciones? Sí No

Iniciales de los padres _____ Fecha de finalización _____

Actual y pasado información del historial médico del niño**2015-2016**¿Tu niño está expuesto al humo de segunda mano? Si No

¿Sufre tu niño, o ha sufrido en el pasado de: (por favor marque todas las que aplican).

<input type="checkbox"/> Asma ¿Tu niño necesitará un inhalador o nebulizador en la escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿cuáles son los factores desencadenantes del asma?	<input type="checkbox"/> Problemas visuales (dificultad para ver, dolores de cabeza, usa gafas)	<input type="checkbox"/> Problemas auditivos (audífonos, dificultad de audición, frecuente dolores de oído, los tubos en las orejas)
<input type="checkbox"/> Ataques y convulsiones	<input type="checkbox"/> Hueso, articulación o lesión muscular o enfermedad de los huesos	<input type="checkbox"/> Problemas con Discurso (Difícil de entender, hablado en la tarde)
<input type="checkbox"/> Neumonía/RSV	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Enfermedad de riñón
<input type="checkbox"/> Trastorno de sangrado	<input type="checkbox"/> Anemia o Anemia de células falciformes	<input type="checkbox"/> Reflujo gastroesofágico (GER)
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problemas de la piel (Eczema, urticaria, etc.)	<input type="checkbox"/> Meningitis
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Cardiopatía	<input type="checkbox"/> Leucemia <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Fiebres frecuentes	<input type="checkbox"/> Sinusitis
<input type="checkbox"/> Problema ortopédicos	<input type="checkbox"/> Envenenamiento por plomo	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Tos ferina	<input type="checkbox"/> Estreñimiento, diarrea, frecuente o dolor al orinar	<input type="checkbox"/> Desmayos
<input type="checkbox"/> Alergias a los animales, pelo o polvo	<input type="checkbox"/> Usa pañales o pull ups	<input type="checkbox"/> Otro

Por favor explique las preocupaciones mencionadas anteriormente:

Criticas de Salud

Alergias medicamentosas y reacciones	<input type="checkbox"/> Penicilina <input type="checkbox"/> Cephalosporins <input type="checkbox"/> Otro
Describir las reacciones, especificar de alergias si "otros"	
Alergias alimentarias y reacciones	<input type="checkbox"/> Carne <input type="checkbox"/> Huevos <input type="checkbox"/> Pescado <input type="checkbox"/> Leche/Productos lácteos <input type="checkbox"/> Nueces/Semillas <input type="checkbox"/> Cacahuete <input type="checkbox"/> Gluten <input type="checkbox"/> Soy <input type="checkbox"/> Marisco <input type="checkbox"/> Otro:
Describir las reacciones, especificar de alergias si "otros"	
Alergias ambientales	<input type="checkbox"/> Picaduras de abeja <input type="checkbox"/> Picaduras de insectos <input type="checkbox"/> Alergias estacionales <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Otro
Describir las reacciones, especificar de alergias si "otros"	
Este niño alguna vez se desmayó durante el esfuerzo físico extremo.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Nadie en la familia ha sufrido una muerte repentina, inexplicada antes de los 50 años.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

¿Tu niño requiere algún medicamento, tal como una pluma de Epi, para gestionar sus alergias? Si No

(Nota: autorización por escrito del médico es necesaria antes de cualquier medicamento / o procedimiento puede darse en la escuela.)

Iniciales de los padres _____ **Fecha de finalización** _____

Dental**2015-2016**¿Tienes cobertura/seguro dental? Si (por favor traiga la tarjeta para hacer una copia) No"Sí" qué tipo Medicaid ID# _____ CHP+ ID# _____ Seguro Privado Nombre de compañía y # de política _____¿Ha sido visto antes por un dentista tu niño? Si No

¿Cuándo fue la última cita dental de tu niño _____

Por favor indique al dentista preferido para el cuidado dental de tu niño:

Nombre de Dentista _____ Dirección _____ Teléfono _____

¿Tu niño tiene dolor ahora a causa de sus dientes? Si No¿Toma un suplemento de fluoruro? Si No**Nutrición**¿Tiene preguntas o preocupaciones su niño acerca de los hábitos alimentarios? (melindroso de comida, comiendo de bajo, comiendo de mas) Si No¿Desea información sobre nutrición infantil? Si No¿Está tu niño en una dieta especial? (Diabéticos, vegetarianos, medical, religiosos, personales) Si No
(Nota: es necesaria una declaración de dieta especial firmada por una autoridad médica, incluyendo sus recomendaciones, para sustituir a cualquier comida servido en The Center.)¿Tiene suficiente comida para alimentar a su familia? Si No¿Tu niño tiene frecuentes dolores de estómago, indigestión o vómitos? Si No¿Tu niño tiene alguna dificultad para masticar o tragar? Si No¿Participa en el siguiente? WIC SNAP (Asistencia de comida) Despensa de alimentos
Fecha de referencia:¿Cómo aparece su niño a usted? Bien Sobrepeso Bajo Peso
 Falta de energía Caparro Alto¿Toma un suplemento multivitamínico? Si No

¿Qué alimentos le gusta a su niño comer?

¿Hay cualquier alimento que su niño no come?

¿Cuántas veces **al día** come alimentos tu niño de estas categorías:

Comidas		Bocados	
Verduras		Frutas	
Arroz, pan, Tortillas, cereales		Proteína (carne, pollo, huevos, frijoles, mantequillas de nuez)	
Queso, Yogurt		Pasteles, galletas, dulces	
Aceites, grasas			
¿Cuántas veces al día toma su niño estas bebidas:			
Agua		Leche	
Jugo		Soda	

¿Cuántas horas al día mira tu niño la televisión, jugar video o juegos de computadores?

Iniciales de los padres _____ Fecha de finalización _____

Desarrollo de Social/Emocional**2015-2016****Tu Niño/a:****Por favor explique:**

¿Se viste con poca ayuda?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Siempre usa el baño?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Necesita ayuda para ir al baño?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Ha tenido accidentes al baño?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Separar fácilmente de los padres?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Se lava y seca las manos?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Conocer su nombre y apellido?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene problemas de disciplina antes de dormir?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene problemas de disciplina en la hora de comer?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Mostrar agresividad, incapacidad para llevarse bien con otros?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene cambios de humor repentino o inexplicables cambios de humor?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Acto tímido / retirada / temeroso?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Habido cualquier cambios y problemas familiares, que puedan afectar a él/ella?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Hizo tu niño estas cosas tarde, causando problemas con su desarrollo? <input type="checkbox"/> Sentarse <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Hablar <input type="checkbox"/> Responder a instrucciones		
¿Tu niño tiene problemas para dormir?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Tu niño toma una siesta?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Cuando es la hora de dormir de tu niño?		
¿Cuántas horas por noche duerme tu niño?		
¿Qué mira bueno en tu niño?		
¿Qué le gusta hacer a tu niño cuando él o ella juega?		

Iniciales de los padres _____

Fecha de finalización _____

***Gracias por tomarse el tiempo para completar este paquete de inscripción de tu niño.
Por favor, háganos saber si usted tiene alguna pregunta acerca de este paquete.
Todas las aplicaciones completadas son consideradas para determinar su elegibilidad para todos los programas de The Center.***