The Center

315 West 6th Street

Leadville, CO 80461

Phone 719 486-6928

 Fax 719 486-9992

Early Childhood Programs

Lake County School District R-1

*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 preescolar preparación para la escuela y ampliados día de cuidado de niños de alta calidad.

**Los siguientes elementos deben ser incluidos con su solicitud para que sea procesada.**

* Acta de Nacimiento
* Registro de Inmunización del Nino(a) – Debe estar al día con las inmunizaciones
* Tarjeta de Seguro de Salud – Seguro Privado, Medicaid, o CHP+

Si no tiene seguro médico – Por favor recoge una solicitud con Lisa o Jenny en el Cuarto 9

* Programa de Alimentos para Adultos y Niños CACFP) Formulario de Elegibilidad
* Si usted desea ser considerado para un espacio en Head Start preescolar, debe incluir lo siguiente como prueba de elegibilidad:

 \* 1040 Formulario de Impuestos del 2017 o W-2 formulario del 2017

 \* Talones de cheque que representa un ano de ingresos

 \* Declaración de Empleador de un ano de ingreso

 \* 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 traiga 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 note***: Esta aplicación está imprenta en la parte delantera y trasera de las páginas.*

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 en 719-486-6928 o Jenny en 719-486-6925 para español.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fecha y hora recibida en la oficina:** | **Aplicación recibida por:** | Fecha de cita del Examen Desarrollo |

**Nombre del Nino(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Aplicación\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del Nino(a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Aplicación\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| Nuestro programa preescolar enfatiza la preparación para la escuela e incluye el desayuno y 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 en una base de bajo costo, basado en la información que usted proporciona en este paquete de aplicación.Además, estamos abiertos para el cuidado de niños antes de preescolar de 7:00am y después de preescolar hasta 5:30pm. Durante esas horas extras, ofrecemos cuidado de niños 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 es disponible)?**

***Circular uno* - Solo Preescolar Día Extendido Mitad del Día****Si, usted necesita un día extendido, por favor lista los días y horas que desea que su niño(a) asista** **en The Center.****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**1. **¿Cuántos días por semana está interesado en tener a su nino(a) asistir?**

 ***Circular uno- 2 días 3 días 4 días 5 días*** |
| GRACIAS. Evaluaremos tus peticiones y su completada aplicación. Vamos entonces a hacerle saber qué programas son elegibles que responda también a sus necesidades. |

**Descripciones del Programa**

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

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

**Head Start** - Este programa es financiado por el gobierno federal y proporciona un programa regular de preescolar diariamente sin costo alguno, según el calendario del programa. Head Start es un programa para familias de bajos ingresos, y **su niño(a) debe ser 3 o 4 años por el 01 de octubre de 2018.** Selección se basa en edad, ingreso y tamaño de la familia, así como las necesidades de niño y familia. **TRANSPORTE PUEDE SER PROPORCIONADO A ÉSOS DENTRO DEL ÁREA DE TRANSPORTE ESCOLAR.**

**Head Start Día Completo** - Para familias que califican para Head Start. 40 horas a la semana del preescolar sin costo para las familias que están en escuela o capacitación para el trabajo, o trabajan a tiempo completo. Estar matriculado en Head Start de día completo, no debe haber ningún padre en casa disponibles para el cuidado de los niños. **TRANSPORTE PUEDE SER PROPORCIONADO A ÉSOS DENTRO DEL ÁREA DE TRANSPORTE ESCOLAR.**

**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(a). CPP se puede combinarse con Head Start, educación especial financiación y preescolar basado en la matrícula durante un largo día. **Los niños deben ser 3 o 4 años por el 01 de octubre de 2018.** No hay requisitos de ingresos para este programa. Selección se basa en la edad y factores de riesgo educativos. **NO HAY TRANSPORTE.**

**Preescolar Basada en la Matricula** – Por una tarifa de matrícula mensual prepaga, **niños que tienen al menos 3 años por el 01 de octubre de 2018** puede asistir a un programa preescolar diario regular o extender sus horarios para satisfacer las necesidades de su familia para el cuidado de niños. Una escala está disponible con tarifas reducidas para familias que califican para el programa de almuerzo reducido o gratis. El preescolar basado en la matrícula ser puede combinarse 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(a) por favor pida información acerca de Child Find.

|  |
| --- |
| **Programas de Primera Infancia de The Center** **Escolar del Condado de Lake** **Formulario de Solicitud de 2018-2019** Revisado 2/12/2018 |
| *Por favor lea cuidadosamente las preguntas y proporcionar la información más precisa posible.* | **SOLAMENTE PARA EL USO DE LA OFICINA**Fecha de Inscripción\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de entrada\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Información del Nino(a)** |
| Apellido | Primero Nombre | Segundo Nombre | Apodo |
| Fecha de nacimiento | Lugar de nacimiento | □ Hombre□ Mujer |  |
| Vive con (Marque todas las que aplican: □ Mama □ Papa □ Ambos □ Pareja de la madre □ Pareja del Padre□ Abuelos □ Padres de acogida □ Otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Si un padre no vive en el hogar, ¿tenemos permiso para contactarnos con ellos? □ Si □ No  |
| ¿Hay una orden judicial que afecta a su niño? □ Si □ No | En caso que sí, debe proporcionar una copia de detalles de ordenes- |
| **Cuestionario de Idioma / Raza / Etnia**  |
| Idioma principal que se habla en casa : | □ Ingles □ Español □ Ambos □ Otro :\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ |
| Idioma principal de cartas enviadas a casa | □ Ingles □ Español □ Ambos □ Otro :\_\_\_\_\_\_ \_\_\_ |
| Origen étnico: Por favor, marque uno. | □ Origen Hispano o Latino □ Origen no hispano o Latino |
| Raza: Por favor marque uno o más. | □ Indio americano □ Nativo de Alaska □ Isleños del Pacífico □Nativos de Hawái□ Asiático □ Blanco □ Negro o Afro-Americano □ Otro :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Información de Madre / Tutor** |
| Nombre | Dirección de correo |
| Fecha de nacimiento | Dirección física  |
| Contacto preferido durante el día  | Teléfono de casa | Celular o Mensaje de Texto | Dirección de correo electrónico |
| Empleador | Dirección del Empleador  | Teléfono del Empleador |
| ¿Vive la madre con el niño? □ Si □ No | ¿La madre tiene custodia legal? □ Si □ No |
| Información sobre el empleo de la madre: □ Tiempo completo □ Tiempo parcial □ Estacional □ Desempleado □ Búsqueda de empleo □ Ama de casa □ En capacitación para el trabajo o escuela □ Discapacitado □ Jubilado  □ Militares desplegados activamente |
| Información sobre la Educación de la madre: □ Menos de escuela secundaria □ Diploma de escuela secundaria o GED □ Algún Colegio profesional, grado AA/AS □ Licenciatura o Título Universitario SuperiorMetas educativos de la madre: □ Clases de GED □ Clases de Inglés □ Clases de colegio □ Clases de crianza □ Otros |
| ¿Fue la madre menores de 18 años al tiempo del nacimiento del niño? □ Si □ No¿Era la madre soltera en el momento del nacimiento del niño? □ Si □ No |
| **Firma de Padres/Tutor** |
| Firma de Madre/Tutor | Fecha | Firma de Padre/Tutor | Fecha |
|  |
|  |
|  |
| Nombre del Nino(a) Formulario de Inscripción Página 2 |
| **Información de Padre / Tutor**  |
|  Nombre | Dirección de correo |
| Fecha de nacimiento | Dirección físico |
| Contacto preferido durante el día  | 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? □ Si □ No | ¿El padre tiene custodia legal? □ Si □ No |
| Información de empleo del padre:□ Tiempo completo □ Tiempo parcial □ Estacional □ Desempleado □ Búsqueda de empleo □ Ama de casa □ Capacitación para el trabajo o escuela □ Discapacitado □ Jubilado □ Militares desplegados activamente |
| Información sobre la educación del padre: □ Menos de escuela secundaria □ Diploma de escuela secundaria o GED □ Algún Colegio profesional, grado AA/AS □ Licenciatura o Título Universitario SuperiorMetas educativos del padre: □ Clases de GED □ Clases de Inglés □ Clases de colegio □ Clases de crianza □ Otros |
| ¿Fue el padre menores de 18 años al tiempo del nacimiento del niño? □ Si □ No¿Era el padre soltero en el momento del nacimiento del niño? □ Si □ No |
| **Otros Adultos Cuidadores en 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 preferido durante el día  | Teléfono de casa | Celular o Mensaje | Dirección de correo electrónico |
| Empleador | Dirección del Empleador | Teléfono del Empleador |
| Información de empleo del cuidador: □ Tiempo completo □ Tiempo parcial □ Estacional □ Desempleado □ Búsqueda de empleo □ Ama de casa □ En capacitación para el trabajo o escuela □ Discapacidad □ Jubilado □ 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 es relacionada con los padres del niño | ¿Es esta persona apoyada por los ingresos de los padres? |
|  |  |  | □ Si □ No | □ Si □ No |
|  |  |  | □ Si □ No | □ Si □ No |
|  |  |  | □ Si □ No | □ Si □ No |
|  |  |  | □ Si □ No | □ Si □ No |
| **Número total de personas que viven en el hogar (incluido usted) para que le proporcionen 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 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 proporcionar intencionalmente información falsa, inexacta o mentira puede resultar en mi niño(a) siendo terminado del programa.**\* Entiendo que esto es sólo una aplicación y no garantiza la inscripción en el programa \*** |
| **Firma de Padres/Tutor** |
| Firma de Madre/Tutor | Fecha | Firma de Padre/Tutor | Fecha |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Nombre del Nino(a) Formulario de Inscripción Página 3 |
| **Consideraciones Especiales** (Marque los que correspondan a su domicilio y añadir cualquier información adicional que le gustaría proporcionar). |
| □ Preocupaciones del desarrollo | □ Discurso / Preocupaciones de lenguaje |
| □ Abuso de Sustancias | □ Miembro de la familia encarcelado |
| □ Violencia familiar / abuso | □ Familia en crisis |
| □ Niño en la colocación fuera de casa. | □ Previamente en Head Start |
| □ Referencia de agencia Nombre de agencia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | □ Otro- (Por favor describa): |
| **Cuestionario de Residencia del Niño(a)** |
| 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. |
| 1. 1. ¿Cuántas veces se ha movido su familia / niño en los últimos 3 años?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| 1. ¿Es su dirección actual un arreglo de vivienda temporal? □ Si □ No
 |
| 1. Es este sistema de vida temporal debido a la pérdida de la vivienda o dificultades económicas? □ Si □ No
 |
| **Si usted contestó sí a las preguntas anteriores, por favor, complete el resto de esta sección. Si contestó NO, usted puede saltarse la siguiente sección.** |
| ¿Dónde el niño actualmente vive? (Marque una casilla) | □ En un motel o hotel | □ En un refugio de emergencia o de transición |
| □ En espera de colocación de cuidado adoptivo | □ Con más de una familia en una casa o apartamento |
| □ Abandonado en un hospital | □ Mover de un lugar a otro |
| □ En un lugar no diseñado para ordinario plazas, 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, Programas de 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 Padre** \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Pago de Servicios de 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 Padre** \_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **Firma de 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 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Nombre del Nino(a) Formulario de Inscripción Página 4 |
| **Contacto de Emergencia Principal** y **Persona Autorizado para Recogida – ¿En caso de enfermedad o emergencia, si no podemos contactar a los padres o tutores, quien es la próxima persona que debemos contactar?** |
| Nombre  | Relación con el niño |
| Teléfono | Dirección | Nota- |
| Personas permitidas para recoger su niño(a) o ser contactado en caso de emergencia(No incluya los padres/tutores. Todas las personas que aparecen aquí deben ser mayores de 18 años)**2018-2019** |
| Nombre | Relación del niño |
| Teléfono | Dirección | Notas- |
| Nombre | Relación del niño |
| Teléfono | Dirección | Notas- |
| Nombre | Relación del niño |
| Teléfono | Dirección | Notas- |
| Nombre | Relación del niño |
| Teléfono | Dirección | Notas- |
| Nombre | Relación del niño |
| Teléfono | Dirección | Notas- |
| Nombre | Relación del niño |
| Teléfono | Dirección | Notas- |
| Nombre | Relación del niño |
| Teléfono | Dirección | Notas- |
| Nombre | Relación del niño |
| Teléfono | Dirección | Notas- |
| Nombre | Relación del niño |
| Teléfono | Dirección | Notas- |
| Nombre | Relación del niño |
| Teléfono | Dirección | Notas- |
| **Firmas de Padres/Tutor** |
| Firma de Madre/Tutor | Fecha | Firma de Padre/Tutor  | Fecha |
|  |
|  |
|  Nombre del Nino(a) Formulario de Inscripción Página 5 |
| **Consentimiento de Examen de Salud 2018-2019** |
| Entiendo los siguientes exámenes de salud son necesarios para la inscripción de mi niño y participación en los programas de primera infancia de The Center. Doy mi consentimiento a mi niño nombrado arriba que reciba algunos o todos de los siguientes exámenes, observaciones, evaluaciones y seguimientos. Este consentimiento es válido para el programa del año inmediatamente posterior a la fecha en que sea firmado. 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 para mí. Autorizo la publicación de información pertinente a cualquiera de estos exámenes, observaciones y evaluaciones a los proveedores de servicios considerados necesarios por los programas de Head Start, CPP, base de matrícula. |
| **Requisitos de salud de 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 de Edades y Etapas/Social Emocional *(papeleo será proporcionado por la escuela)* |
| **Chequeos de salud para ser completado en la escuela por parte del personal:** | Exámenes de Desarrollo |
| Examen de Audición |
| Examen de la Visión  |
| Altura y Peso |
|  **Iniciales de Padre**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Autorización de Tratamiento Medico** |  |
| Autorizo a los miembros del personal de 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 qué una emergencia y puede 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 ser 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 Padre** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **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, liberación o discutir la información con el propósito de facilitar la comunicación entre los organismos en la prestación de servicios a mí y a mi familia. **Iniciales de Padre** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| * Distrito Escolar del Condado de Lake
 | * Programa de Alfabetizaciones Familiar
 |
| * Departamento de Servicios Humanos del Condado Lake
 | * Coordinador y Proveedor de Servicios de Discapacidades
 |
| * Agencia de Salud Publico del Condado de Lake
 | * Programa de Nutrición WIC
 |
| * Proveedores de atención médica y dental de mi niño
 | * SolVista de Salud
 |
| **Publicación de Foto y Video** |  |
| □ Si □ No | Autorizo los Programas de Primera Infancia de The Center para fotografiar o permiso de fotografías tomadas para el rodaje de video de mi niño(a) nombrado arriba. Los fotos o vídeos pueden ser publicados en The Center, publicados en el boletín, en sitio web o páginas de redes sociales, medios de comunicación o utilizadas en materiales de promoción para estos programas. |
| **Permiso para Transporte** |  |
| □ Si □ No | Yo doy permiso para mi niño(a) nombrado arriba, para ser transportado hacia The Center 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(a) 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 |

|  |
| --- |
| Nombre del Nino(a) Fecha de Nacimiento Formulario de Inscripción Página 6  |
| **Información Médico y Dental 2018-2019** |
| **Información de Cobertura y Proveedor de Servicios de Salud** |
| ¿Tiene usted un proveedor de atención primaria de la salud que proporciona el cuidado regular de salud del niño? □ Si □ NoNombre del Proveedor\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dirrecion\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_ \_  |
| ¿Tienes cobertura médica o seguro? □ Si (favor de traer la tarjeta para hacer una copia) □ No De qué tipo □ Medicaid ID# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ CHP+ ID# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ Privado Seguro Nombre y número de Póliza de Seguro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Su seguro incluye cobertura dental? □ Si □ NoSi "No", pedir por favor una solicitud para Medicaid y CHP +. La 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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dirrecion\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Nota: en caso de emergencia, los niños serán transportados al Hospital General de St Vincent, 822 West 4th Street Leadville, CO 80461 719-486-0230** |
| **Historial médico y preocupaciones especiales** |
| ¿Está su niño viendo a un especialista médico por cualquier razón? □ Si □ No por favor explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nombre del Especialista\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dirrecion\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefono\_\_\_\_\_\_\_\_¿Ha tenido su niño una lesión grave, accidente, ha sido hospitalizado o tenido cirugía? □ Si □ No  por favor explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Es su niño siendo tratado por una condición de salud mental, médica o incapacitante? □ Si □ No por favor explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Su hijo 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Inmunizaciones** |
| ¿Su niño está al día en sus vacunas? □ Si □ No(Nota: una copia de los registros de inmunizaciones de su niño(a) 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 inmunizaciones dentro de 14 días de la escuela) |
| **Discapacidad**  |
| ¿Su niño tiene una discapacidad diagnosticada? □ Si □ NoEn caso que sí, ¿qué es la discapacidad?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Su niño está en un Plan de Educación Individual (IEP)? □ Si □ NoEn 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 Padre** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
|  |
|

|  |
| --- |
| Nombre del Nino(a) Fecha de Nacimiento Formulario de Inscripción Página 7 |
| **Antecedentes médicos y problemas de salud del niño(a) 2018-2019** |
| **Su niño(a) ahora sufre o sufrieron en el pasado de: (Por favor marque todas las que aplican.)** |
| □ Asma ¿Su niño requiere un inhalador o nebulizador en la escuela? □ Si □ No¿Cuáles son los desencadenantes del asma? | □ Problemas visuales (Dificultad para ver, dolores de cabeza, lleva gafas) | □ Problemas de audición (audífonos, dificultad auditiva, frecuentes dolores de oído, tubos en los oídos) |
| □ Problemas de la Piel (Eczema, urticaria, etc.)  | □ Hueso, lesiones de articulaciones o muscular o enfermedad de los huesos | □ Problemas del habla(Difícil entender, hablo tarde)  |
| □ Neumonía/RSV  | □ Cáncer | □ Enfermedad del riñón  |
| □ Desorden de la sangre  | □ Anemia o Anemia de células falciformes | □ Reflujo Gastroesofágico (GER) |
| □ Diabetes | □ Ataques/Convulsiones | □ Meningitis  |
| □ Hepatitis | □ Enfermedad de corazón  | □ Leucemia  |
| □ Fiebre reumática  | □ Fiebre frecuente  | □ Problema de los seno  |
| □ Problemas Ortopédicos | □ Envenenamiento del plomo | □ Tuberculosis  |
| □ Frecuentes dolores de estómago, indigestión, o vómitos | □ Estreñimiento, frecuente diarrea, o urinario doloroso  | □ Marearse |
| □ Tos ferina | □ Problemas para masticar o tragar | □ Humo de segunda mano |
| □ Usa pañales o pull ups | □ Otro: |
| ¿Se ha alguna vez desmayado su niño durante el esfuerzo físico extremo? | □ Si □ No |
| ¿Alguien de la familia ha sufrido una muerte repentina, inexplicada antes de los 50 años? | □ Si □ No |

Por favor explique las preocupaciones de la lista arriba: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Alergias** |
| Medicamentos de alergias  | □ Penicilina □ Cephalosporins □ otro |
| Describir reacciones especificar alergias si hay "otros". |
| Alergias alimentarias | □ huevos □ pescado □ leche/productos lácteos □ nueces □ semillas □ Gluten □ Soy □ mariscos □ otro |
| Describir reacciones especificar alergias si hay "otros". |
| Alergias ambientales | □ picaduras de abeja □ picaduras de insectos □ alergias estacionales □ animales / pelo de animal □ polvo □ látex □ otro |
| Describir reacciones especificar alergias si hay "otros". |
| ¿Su niño necesita algún medicamento, como un Epi Pen, para manejar sus alergias? □ Si □ No(Nota: autorización escrito por el médico es necesario antes de cualquier medicación / o procedimiento se puede dar en la escuela.) |
| **Dietas especiales** |
| ¿Su niño está en una dieta especial? (Diabéticos, vegetarianos, médica, religiosa, personal) | □ Si □ 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 Padre** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha de Finalización**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
|  |
| Nombre de Nino(a) Formulario de Inscripción Página 8 |
| **Desarrollo del Nino 2018-2019** |
| **Su Nino(a):** | **Marque uno** | **Por favor explique:** |
| **Ir al Baño** |  |  |
| ¿Siempre usar el baño por su cuenta? | □ Si □ No |  |
| ¿Necesita ayuda ir al baño? | □ Si □ No |  |
| ¿Tener accidentes de ir al baño? | □ Si □ No |  |
| **Cuidado de Uno Mismo** |  |  |
| ¿Lavar y secar las manos? | □ Si □ No |  |
| ¿Se viste con poco de ayuda? | □ Si □ No |  |
| ¿Saber su nombre y apellido? | □ Si □ No |  |
| **Las emociones y la autoestima** |  |  |
| ¿Mostrar agresividad, incapacidad para llevarse bien con otros? | □ Si □ No |  |
| ¿Tiene cambios de humor repentinos o de humor inexplicables? | □ Si □ No |  |
| ¿Acta retirado / tímido y temeroso? | □ Si □ No |  |
| ¿Separar fácilmente de los padres? | □ Si □ No |  |
| ¿Tiene experiencia jugando con otros niños? | □ Si □ No |  |
| ¿Tiene cambios familiares o problemas, que pueden afectar a él o ella? | □ Si □ No |  |
| **Hábitos de sueño** |
| ¿Tiene alguna dificultad para dormir? | □ Si □ No |  |
| ¿Tiene problemas de disciplina antes de acostarse? | □ Si □ No |  |
| ¿Tomar una siesta? | □ Si □ No |  |
| ¿Cuándo es la hora de dormir de su niño(a) |  | ¿Cuántas horas a la noche duerme su niño(a) |  |
| **Desarrollo** |
| ¿Hiso su niño cualquiera de estas cosas más tarde de lo esperado, provocando preocupaciones sobre su desarrollo?□ Sentarse □ Caminar □ Hablar □ Responder a las direcciones |
| **Intereses del niño** |  |
| ¿Qué es lo bueno de su niño(a) |
| ¿Qué le gusta hacer cuando él o ella juegan? |
| Su **niño(a)** |
| ¿Mostrar interés en el uso de nuevas palabras? | □ Siempre □ A menudo □ De vez en cuando □ Nunca |
| ¿Mostrar un interés en los libros? | □ Siempre □ A menudo □ De vez en cuando □ Nunca |
| ¿Escuchar y segué direcciones? | □ Siempre □ A menudo □ De vez en cuando □ Nunca |
| ¿Mostrar interés en recuento, clasificación y números? | □ Siempre □ A menudo □ De vez en cuando □ Nunca |
| ¿Llevarse / solucionar problema con otros niños? | □ Siempre □ A menudo □ De vez en cuando □ Nunca |
| ¿Mostrar interés en cortar, colorear, dibujar y escribir? | □ Siempre □ A menudo □ De vez en cuando □ Nunca |
| ¿Completar las tareas que él o ella comienza? | □ Siempre □ A menudo □ De vez en cuando □ Nunca |
| ¿Mostrar interés en alimentos nutritivos y probar nuevos alimentos? | □ Siempre □ A menudo □ De vez en cuando □ Nunca |
| Forma cariño para adultos nuevo? | □ Siempre □ A menudo □ De vez en cuando □ Nunca |
|   **Iniciales de Padre**\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha de Finalización** \_ |
|  |
|  |