



The Center
 Early Childhood Programs
 Lake County School District R-1

315 West 6th Street
 Leadville, CO 80461

Phone 719 486-6928
 Fax 719 486-9992

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

Estimados Padres,

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

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

- Acta de Nacimiento
- Tarjeta de Seguro de Salud – Seguro Privado, Medicaid, o CHP+
 Si no tiene seguro médico – Por favor recoger una solicitud con Lisa o Jenny en la Oficina de Recursos de Familia
- Si, usted desea ser considerado para un espacio en Preescolar Head Start, debe incluir lo siguiente como prueba de elegibilidad:
 - * 1040 Formulario de Impuestos del 2019 o W-2 formulario del 2019
 - * Talones de cheque que representa un año de ingresos
 - * Declaración de Empleador de un año 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 dejar 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, cuales programas tienen aberturas, y trabajaremos para crear una programación que se adapte a sus necesidades de la familia. **Por favor note:** *Esta aplicación está impresa en la parte delantera y trasera de las páginas.*

Completando esta solicitud no garantiza a su niño(a) 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 719-486-6920 para español.

Fecha y la hora recibida en la oficina:	La solicitud fue recibida por:	Fecha de la cita del Examen Desarrollo

Nombre del Nino(a) _____ **Fecha de Solicitud** _____

Nuestro programa preescolar enfatiza la preparación para la escuela e incluye el desayuno y almuerzo de estilo familiar, actividades de 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 solicitud.

Además, estamos abiertos para el cuidado de niños antes de preescolar de 7:30am y después de preescolar hasta la 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.

¿Qué horarios le interesan (si están disponible)?

Circular uno -

Solo Preescolar

Día Extendido

Si, usted necesita un día extendido, por favor lista los días y horas que desea que su niño(a) asiste

GRACIAS. Evaluaremos tu peticiones y su solicitud completada. Nosotros entonces le permitirá saber que usted es elegible para los programas que también responda a sus necesidades.

Descripciones del Programa

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

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

Head Start - Este programa financiado por el gobierno federal proporciona un programa regular de preescolar diariamente sin costo alguno, según calendario del programa. Head Start es un programa para familias de bajos ingresos, y **su niño(a) debe tener 3 o 4 años por el 01 de octubre de 2020.** Selección se basa en edad, ingresos y tamaño de la familia, así como las necesidades de niño y familia. **EL TRANSPORTE PUEDE SER PROPORCIONADO A FAMILIAS DENTRO EL ÁREA DE TRANSPORTE ESCOLAR.**

Head Start Día Completo - Para familias que califican para Head Start. 40 horas a la semana de preescolar sin costo para las familias que están en la escuela o capacitación para trabajo, o trabajan a tiempo completo. Para estar matriculado en Head Start Día Completo, no debe haber ningún padre disponible en casa para el cuidado de niño. **EL TRANSPORTE PUEDE SER PROPORCIONADO A FAMILIAS DENTRO EL 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 ser disponible para extender el día de preescolar para su niño(a). CPP se puede combinarse con Head Start, financiación de educación especial y preescolar basado en la matrícula para un largo día. **Los niños deben tener 3 o 4 años por el 01 de octubre de 2020.** No hay requisitos de ingresos para este programa. La selección se basa en la edad y factores de riesgo educativos. **NO HAY TRANSPORTE PARA ESTE PROGRAMA.**

Preescolar Basada en la Matrícula – Por una tarifa de matrícula mensual prepaga, **niños que tienen al menos DE 3 años por el 01 de octubre de 2019** puede asistir a un horario de programa de preescolar diario regular o extender sus horas 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 PARA ESTE PROGRAMA**

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



**The Center Programas de Primera Infancia
Escolar de Condado de Lake
Formulario de Solicitud de 2020-2021**



Revisado 2/10/2020

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 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, ¿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 Idioma / Raza / Etnia

Idioma hablado en el hogar::	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Otro : _____
------------------------------	---

Idioma principal de 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 <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativos de Hawái <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano <input type="checkbox"/> Otro : _____
--------------------------------------	---

Información de Madre / Tutor

Nombre	Dirección de correo
--------	---------------------

Fecha de nacimiento	Dirección física	Contacto de día preferido Casa / Celular / Texto / Correo Electronico
---------------------	------------------	--

¿Idioma preferido en el teléfono? Inglés / Español	Teléfono de casa	Numero de Celular Texto Si - No	Dirección de correo electrónico
--	------------------	------------------------------------	---------------------------------

Empleador	Dirección del Empleador	Teléfono de Empleador
-----------	-------------------------	-----------------------

¿Vive la madre con el niño(a)? <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"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> 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 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 educativas 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 de crianza <input type="checkbox"/> Otros

¿Fue la madre menores de 18 años al tiempo 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

Firma de Padres/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 de día preferido Casa / Celular / Texto / Correo Electronico	
¿Idioma preferido en el teléfono? Inglés / Español	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(a)? <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"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Búsqueda de empleo <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Capacitación para el trabajo o escuela <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desplegar Militares activamente			
Información sobre la 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 educativas del padre: <input type="checkbox"/> Clases de GED <input type="checkbox"/> Clases de Inglés <input type="checkbox"/> Clases de colegio <input type="checkbox"/> Clases de crianza <input type="checkbox"/> Otros			
¿Fue el padre menores de 18 años al tiempo del nacimiento del niño(a) ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
¿Era el padre soltero en el momento del nacimiento del niño(a)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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 de día	Teléfono de casa	Celular o Mensaje	Dirección de correo electrónico
Empleador	Dirección del Empleador	Teléfono del Empleador	

Información de empleo de cuidador: Tiempo completo Tiempo parcial Estacional Desempleado Búsqueda de empleo Ama de casa En capacitación para el trabajo o escuela Discapacidad Jubilado Desplegar Militares activamente

Lista todos los demás miembros familiares no mencionados arriba que viven en su hogar y 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?
			<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 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 Niño(a)		Formulario de Inscripción Página 3	
Consideraciones Especiales (Marque los que correspondan a su domicilio 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(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. ¿Cuántas veces se ha movido su familia / niño en los últimos 3 años? _____			
2. ¿Es su dirección actual un arreglo de vivienda temporal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
3. Es este sistema de vida temporal debido a la pérdida de la vivienda o dificultades económicas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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)	<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 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

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) **2020-2021**

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
----------------------	-------	----------------------	-------

Consentimiento de Examen de Salud**2020-2021**

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

Información Médico y Dental **2020-2021**

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
 No

Nombre del Proveedor _____ Dirección _____ Teléfono _____

¿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 No
Si "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 _____ Dirección _____ Teléfono _____

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 _____ Dirección _____ Teléfono _____

¿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 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 Padre _____

Antecedentes médicos y problemas de salud del niño(a)**2020-2021****Su niño(a) 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"/> Enfermedad de 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 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 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 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.)	
Dietas especiales	
¿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 Padre _____

Fecha de Finalización _____

Desarrollo del Niño 2020-2021

Su Niño(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 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(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? <input type="checkbox"/> Sentarse <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Hablar <input type="checkbox"/> 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?	<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 Padre _____ Fecha de Finalización _____