



Nombre del Niño/a _____ Fecha de Nacimiento: _____

BIENVENIDO a la Oficina de Educación del Condado de El Dorado, Programas del Desarrollo de Niño.

Para eficientemente procesar su aplicación para la matriculación en los Programas del Desarrollo de Niño, por favor complete el paquete adherido y someta la documentación siguiente. Toda la documentación es requerida para completar una solicitud y ser considerado para la inscripción:

- Acta de Nacimiento
- Acta de Nacimiento para otros niños en la familia
- Inmunizaciones Actuales
- Tarjeta Médica del Niño o familia
- Verificación de Ingresos (talón de cheque, etc.) por un mes **entero**, *no se requiere de familias con cuota*
- Verificación de Estado Paternal Único (si es pertinente a su caso)
- IEP/IFSP (si es pertinente a su caso)

Todos los niños que son aceptados al programa tienen el requisito de someter un examen físico actual o se puede cumplir dentro de 30 días de que su niño comienza el programa.

Si usted está solicitando una clase de Head Start o Preescolar, por favor indique sus tres opciones más preferidas abajo.

**SITIOS DE HEAD START Y PREESCOLAR DEL PROGRAMA DE DESARROLLO DE NIÑOS
(niños de 3 y 4 años de edad)**

- | | |
|--|--|
| _____ Al Tahoe Head Start /Preescolar | _____ Green Valley Preescolar |
| _____ Blue Oak Preescolar | _____ Home Based Head Start |
| _____ Brooks Preescolar | _____ Jackson Preescolar |
| _____ Buckeye Head Start / Preescolar | _____ Ken Lowry Head Start / Preescolar |
| _____ Camino Head Start / Preescolar | _____ Pinewood Head Start/ Preescolar |
| _____ Camerado Springs Head Start / Preescolar | _____ Placerville Head Start/ Preescolar |
| _____ Charles Brown Head Start / Preescolar | _____ Rescue Head Start/ Preescolar |
| _____ Georgetown Head Start / Preescolar | _____ Sutter's Mill Preescolar |
| _____ Gold Oak Head Start / Preescolar | _____ Tahoe Head Start/ Preescolar |
| | _____ Valley View Montessori Preescolar |

¿Cómo se enteró sobre nuestro programa?

- Amigos/Familia
- Página Web de EDCOE
- Periódico/Anuncio
- Facebook
- Otro _____

PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE Date Application Received _____ Staff Initials _____

- La aplicación está **COMPLETA**. Más información sobre la inscripción seguirá.
- La aplicación **NO ESTÁ COMPLETA**. Por favor someta las verificaciones indicadas arriba que hacen falta o son incompletas. También vea las notas abajo.

HEAD START / EARLY HEAD START / STATE PRESCHOOL

PROGRAMA DESARROLLO DEL NIÑO	2018/2019 APLICACIÓN PARA SERVICIOS DEL PROGRAMA	Form: M-A-116\1819
------------------------------	---	--------------------

Nombre Legal del Niño

Apellido _____ Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Femenina/Masculino _____ No. de Seguro Social _____

Raza: Indio Americano/Nativo Alaska Asiático Negro/Africano-Americano **Hispano:** Si No **Idioma del hogar:** Ingles Español Otro: _____ **Estado Paternal:** Un Padre Padres de crianza Dos Padres Tutor

¿Su niño ha sido inscrito en un Programa Desarrollo del Niño previamente? Si No

¿Su niño tiene alguna incapacidad/necesidad especial, o estado de salud crónica? Si No

Sitios Solicitado(s): 1) _____ 2) _____ 3) _____ Días Solicitados Preescolar Estatal de Costo Completo: M T W TH F

Adulto Primario

Apellido _____ Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Femenina/Masculino _____ No. de Seguro Social _____

Relación con el niño: <input type="checkbox"/> Biológico/Adoptivo/Padrastro <input type="checkbox"/> Padre de Crianza/Tutor <input type="checkbox"/> Tio/Tia <input type="checkbox"/> Abuela/o <input type="checkbox"/> Otro _____	Marque todo los que aplican: <input type="checkbox"/> Vive con la Familia <input type="checkbox"/> Provee apoyo financiero <input type="checkbox"/> Padre Adolescente (menor de 19)	Custodia Física: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Derechos de Educación: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nivel de Educación: <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Graduado de Secundaria <input type="checkbox"/> Grado 10 <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Grado 11 <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> < Grado 9 <input type="checkbox"/> Grado 12 <input type="checkbox"/> Uní o entrenamiento <input type="checkbox"/> Titulo/universitario entrenamiento avanzado
--	---	--	--	--

Estado de Empleo/Ingresos

Empleo Tiempo Completo (más de 35 horas) Empleado Medio Tiempo (menos de 35 horas) Desempleado TANF / Ingreso Seguro Social Suplemento
 Tiempo Completo y Entrenamiento Medio Tiempo y Entrenamiento Entrenamiento o Escuela Jubilado o Incapacitado

Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Africano-Americano <input type="checkbox"/> Hawaiano/Islands Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Bi-Racial/Multi-Racial <input type="checkbox"/> Otro _____	Hispano: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Estampillas de Comida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No # Caso _____	¿WIC? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Servicio Militar Activo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Por lo menos un padre/tutor es un veterano del militar de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
---	--	---	---	---

Número de Teléfono Celular () _____	¿Podemos mandar Textos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Otro Número de Teléfono () _____	Tipo (marque uno) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Mensaje
--------------------------------------	---	-----------------------------------	--

Adulto Secundario

Apellido _____ Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Femenina/Masculino _____ No. de Seguro Social _____

Relación con el niño: <input type="checkbox"/> Biológico/Adoptivo/Padrastro <input type="checkbox"/> Padre de Crianza/Tutor <input type="checkbox"/> Tio/Tia <input type="checkbox"/> Abuela/o <input type="checkbox"/> Otro _____	Marque todo los que aplican: <input type="checkbox"/> Vive con la Familia <input type="checkbox"/> Proveeré apoyo financiero <input type="checkbox"/> Padre Adolescente (menor de 19)	Custodia Física: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Derechos de Educación: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nivel de Educación: <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Graduado de Secundaria <input type="checkbox"/> Grado 10 <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Grado 11 <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> < Grado 9 <input type="checkbox"/> Grado 12 <input type="checkbox"/> Uní o entrenamiento <input type="checkbox"/> Titulo/universitario entrenamiento avanzado
--	---	--	--	--

Estado de Empleo/Ingresos

Empleo Tiempo Completo (más de 35 horas) Empleado Medio Tiempo (menos de 35 horas) Desempleado TANF / Ingreso Seguro Social Suplemento
 Tiempo Completo y Entrenamiento Medio Tiempo y Entrenamiento Entrenamiento o Escuela Jubilado o Incapacitado

Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Africano-Americano <input type="checkbox"/> Hawaiano/Islands Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Bi-Racial/Multi-Racial <input type="checkbox"/> Otro _____	Hispano: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Estampillas de Comida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No # Caso _____	¿WIC? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Servicio Militar Activo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Por lo menos un padre/tutor es un veterano del militar de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
---	--	---	---	---

Número de Teléfono Celular () _____	¿Podemos mandar Textos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Otro Número de Teléfono () _____	Tipo (marque uno) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Mensaje
--------------------------------------	---	-----------------------------------	--

Información de Familia

¿Vivienda Temporal? Si No

Dirección Física	Ciudad	Estado	Co. Postal	Dirección Correo Electrónico (Si disponible)
------------------	--------	--------	------------	--

Dirección de Correspondencia (si es diferente)	Ciudad	Estado	Co. Postal	Dirección Correo Electrónico (Si disponible)
--	--------	--------	------------	--

Por favor liste otros niños o miembros de familia que viven en su hogar y que usted financieramente apoya:

Nombre	Raza	F. Nacimiento	M/F	Nombre	Raza	F. Nacimiento	M/F
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

La documentación mencionada arriba se requiere para pre-calificar para todos los Programas del Desarrollo del Niño. Certifico que, **bajo pena de perjurio**, esta información es verdadera. También entiendo que la información en esta aplicación se mantiene en la más estricta confianza dentro la agencia y es accesible a mí durante horas de oficina regulares.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

NOTIFICACION SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACION A LAS GUARDERIAS INFANTILES

DERECHOS DE LOS PADRES

Como padre/madre/representante autorizado, usted tiene derecho a:

1. Entrar e inspeccionar la guardería infantil (llamada "guardería" de aquí en adelante) sin notificación previa, en cualquier momento en el cual los niños estén bajo cuidado.
2. Presentar una queja con la oficina de licenciamiento en contra de la persona con licencia y revisar el expediente público de la persona con licencia que la oficina de licenciamiento conserva.
3. Revisar, en la guardería, los reportes sobre las visitas a la guardería por parte de la oficina de licenciamiento y las quejas comprobadas en contra de la persona con licencia que se hayan presentado durante los últimos tres años.
4. Quejarse con la oficina de licenciamiento e inspeccionar la guardería sin que se discrimine ni que se tomen represalias en contra de usted ni de su hijo.
5. Pedir por escrito que no se le permita a un padre/madre que visite al niño de usted ni que se lo lleve de la guardería, siempre y cuando usted haya presentado una copia certificada de la orden de la corte.
6. Recibir de la persona con licencia el nombre, dirección y número de teléfono de la oficina local de licenciamiento.

Nombre de la Oficina de Licenciamiento: **Community Care Licensing**

Dirección de la Oficina de Licenciamiento: **2525 Natomas Park Dr. Suite 250, Sacramento, CA 95833**

Número de teléfono de la Oficina de Licenciamiento: **(916) 263-5744**

7. Después de haberlo solicitado, que la persona con licencia le informe del nombre y tipo de asociación con la guardería de alguna persona adulta que tiene una exención en relación a sus antecedentes penales, y que el nombre de la persona también se puede obtener comunicándose con la oficina local de licenciamiento.
8. Recibir de la persona con licencia, el formulario sobre el proceso para la revisión de los antecedentes de los proveedores de cuidado.

NOTA: LA LEY ESTATAL DE CALIFORNIA ESTIPULA QUE LA PERSONA CON LICENCIA PUEDE NEGAR EL ACCESO A LA GUARDERIA AL PADRE/MADRE/REPRESENTANTE AUTORIZADO SI SU COMPORTAMIENTO PONE EN RIESGO A LOS NIÑOS BAJO CUIDADO.

LIC 995 (sp) (8/02)

(Separe aquí. Dele esta porción los padres.)

CONFIRMACION DE HABER RECIBIDO LA NOTIFICACION SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES

(Se requiere la firma del padre/madre/representante autorizado.)

Yo, el padre/madre/representante autorizado de _____, he recibido, de la persona con licencia, una copia de la "NOTIFICACION SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACION A LAS GUARDERIAS INFANTILES" y el formulario sobre el PROCESO PARA LA REVISION DE LOS ANTECEDENTES DE LOS PROVEEDORES DE CUIDADO.

Programa de Desarrollo del Niño

Nombre de la guardería

Firma (Padre/madre/representante autorizado)

Fecha

NOTA: Esta Confirmación se tiene que conservar en el expediente del niño y una copia de la Notificación se le tiene que dar al padre/madre/representante autorizado.

LIC 995 (sp) (8/02)

DERECHOS PERSONALES**Guarderías Infantiles**

Derechos personales, vea la sección 101223 sobre las condiciones para exenciones en relación a las guarderías infantiles.

- (a) Guarderías infantiles. Cada niño que reciba servicios de una guardería infantil tundra derechos que incluyen, pero que no se limitan, a los siguientes:
- (1) a que el ser tratado con dignidad sea parte de su relación con el personal y otras personas.
 - (2) a que se le proporcione alojamiento, muebles y equipo que sean seguros, higiénicos y cómodos, para satisfacer sus necesidades.
 - (3) a no recibir castigo corporal o poco común; a que no se le cause dolor, humillación o se le intimide; a no recibir burlas, coerción, amenazas, abuso mental, u otros castigos, incluyendo pero no limitándose a: interferir con las funciones diarias de la vida, tales como el comer, dormir, o usar el baño; a que no se le niegue alojamiento, ropa, medicamentos o medios auxiliares para el funcionamiento físico.
 - (4) a que la persona con licencia para el cuidado de niño y a su representante autorizado, si lo hay, sobre lo que dice la ley con respecto a las quejas. Esta información debe incluir, pero no limitarse a, la dirección y número de teléfono de la sección en la oficina de licenciamiento que recibe quejas, e información con respecto a la confidencialidad.
 - (5) a tener la libertad de asistir a los servicios o a las actividades religiosas que desee, y a recibir visitas del consejero espiritual que prefiera. La asistencia a los servicios religiosos, ya sea dentro o fuera del establecimiento, deberá ser completamente voluntaria. En las guarderías infantiles, los padres o tutores legales del niño deberán tomar las decisiones sobre la asistencia a servicios religiosos y las visitas de consejeros espirituales.
 - (6) a que no se le encierre con llave en ninguna habitación, edificio, ni parte del establecimiento durante el día o la noche.
 - (7) a que no se le coloque en ningún aparato para limitar sus movimientos, excepto en un aparato de restricción para proporcionar apoyo que haya sido aprobado desde antes por la oficina de licenciamiento.

EL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL TIENE EL DERECHO DE QUE SE LE INFORME SOBRE LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO APROPIADA CON LA CUAL DEBE COMUNICARSE SI TIENE QUEJAS. LA OFICINA ES:

NOMBRE

State of California Department of Social Services, Community Care Licensing

DIRECCION

2525 Natomas Park Dr. Suite 250

CIUDAD

Sacramento

CODIGO POSTAL

95833

AREA/NUMERO DE TELEFONO

(916) 263-5744

SEPARA AQUI

AL: PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL/NIÑO O REPRESENTANTE AUTORIZADO**PARA EL EXPEDIENTE DEL NIÑO**

Complete la siguiente confirmación, una vez que se le haya dado la información respecto a los derechos personales de una manera satisfactoria y complete, según se explica aquí:

CONFIRMACION: Se nos informó personalmente y recibimos una copia de los derechos personales que contiene el Título 22 del Código de Ordenamientos de California, en el momento de admisión a:

(ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)

Programas de Desarrollo del Niño

(ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA LA DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO)

6767 Green Valley Road, Placerville, CA 95667

(ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA EL NOMBRE DEL NIÑO)

(FIRMA DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)

(CARGO/PUESTO DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)

(FECHA)

CHILD DEVELOPMENT PROGRAMS	PERMISOS DEL NIÑO	Form: M-A-184s / 1819
----------------------------	--------------------------	-----------------------

Nombre del Niño: _____ Sitio/ Opción: _____

Padre/Guardián Nombre Impreso: _____

Doy mi permiso a la Oficina de Educación del Condado de El Dorado, Programas del Desarrollo de Niño para lo siguiente: *(La información del permiso está disponible en el lado inverso.)*

- | | | |
|--|----|----|
| 1. PERMISO PARA ADMINISTRAR CREMA PROTECTORA DEL SOL | Sí | No |
| 2. PERMISO DE EVALUACIONES FUNCIONALES DE DESARROLLO | Sí | No |
| 3. PERMISO DE FOTOGRAFÍAS y VIDEO | Sí | No |
| 4. PERMISO DE COMPARTIR NÚMERO TELEFÓNICO | Sí | No |
| 5. PERMISO DE EVALUACIONES TEMPRANAS | Sí | No |
| 6. PASTA DE DIENTES CON FLUORURO | Sí | No |

MIS INICIALES JUNTO A CADA PERMISO INDICADO ABAJO Y MI FIRMA AL FINAL DE LA PÁGINA INDICA QUE RECONOZCO, HE LEYÍDO Y ENTIENDO CADA PERMISO EN LA LISTA. TODA LA INFORMACIÓN DE PADRES SE MANTIENE EN CONFIANZA ESTRICTA CON ESTA AGENCIA.

7. PERMISO PARA TRANSPORTAR Iniciales _____
 El padre/guardián reconoce que la Oficina de Educación del Condado de El Dorado, Programa del Desarrollo del Niño transportará al niño/a en el evento de una emergencia o desastre a un destino seguro, que será determinado por las autoridades al tiempo de evacuación.

8. INSPECCIÓN DE AUTORIDAD DEL DEPARTAMENTO Iniciales _____
 De acuerdo con la sección 101200 b y c del Título 22, División 12, Capítulo 1, El Manual de Políticas y Procedimientos del Central de la Guardería, Licencia del Cuidado de la Comunidad; El Departamento tiene la autoridad de entrevistar a niños o personal, y para inspeccionar y auditar al niño o registros de centro de guardería, sin consentimiento previo. El Departamento tiene la autoridad de observar el estado físico del niño(s), incluyendo las condiciones que podrían indicar el abuso, el descuido o la colocación inadecuada.

9. ACTA DE REPORTE DE ABUSO DE NIÑO Y NEGLIGENCIA Iniciales _____

Sección 11165.7 y Sección 11166

“Cualquier custodio de la guardería que sabe o razonablemente tiene sospechas que un niño es o ha sido una víctima de abuso y/o negligencia, tendrá que reportar el incidente conocido o sospechado a una agencia de protección al niño inmediatamente o tan pronto que sea posible por teléfono.” Al no hacerlo es considerado un crimen (Sección 11172) puesto que los custodios de cuidado de niño son considerados personas mandatos a reportar. Es importante recordar que el propósito principal de la Acta de Abuso y Negligencia es de **proteger al niño/a!** Entiendo que los Programas de Desarrollo del Niño son reporteros mandatos de Abuso y Negligencia según el Código Penal, Artículo 2.5.

 Firma del Padre/Guardián

 Fecha

PERMISOS DEL NIÑO, continuado

La explicación del Programa del Desarrollo de Niño, Permisos del Niño necesitado:

1. **PERMISO PARA ADMINISTRAR CREMA PROTECTORA DEL SOL**

Siguiendo la recomendación del Departamento de Servicios de Sanidad de California, nuestro personal tendrá disponible, **Paba Free SPF 30+ Crema Protectora del Sol** para todos los niños (mayor de 6 meses de edad) inscritos en los Programas del Desarrollo de Niño.

2. **PERMISO DE EVALUACIONES FUNCIONALES DE DESARROLLO**

Padre/tutor para liberar mis resultados de la evaluación de mi niño del Learning Genie "Los Resultados Deseados del Desarrollo de Perfil" (DRDP) para la tabulación para producir los reportes. Las evaluaciones de los recién nacidos a tres años de edad se realizan en colaboración con los padres. Toda la información se comparte de forma permanente.

3. **PERMISO DE FOTOGRAFÍAS y VIDEO**

El padre/tutor le da permiso a la Oficina de Educación Del Condado de El Dorado, Programas Del Desarrollo de Niño para usar fotografías/o cintas de vídeo del niño(s) para propósitos de publicaciones y salón, incluyendo, pero no limitado a la caja de cubby del niño, proyectos del salón, documentos de evaluación y portfolios de los niños etc. Aviso adicional se comunicará al padre/tutor para pedir permiso si el programa tiene intención de publicar la fotografía de su niño por medio de periódico, revista o internet.

4. **PERMISO DE COMPARTIR NÚMERO TELEFÓNICO**

El padre/tutor le da permiso a la Oficina de Educación Del Condado de El Dorado, Programas Del Desarrollo de Niño para compartir el número telefónico de casa del niño a padres del Programa del Desarrollo de Niño para uso de actividades del programa solamente.

5. **PERMISO DE EVALUACIONES TEMPRANAS**

Los programas del Desarrollo del Niño requieren que cada niño tiene en el registro uno o todos los artículos abajo:

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Evaluación de desarrollo | 4. Evaluación del oído |
| 2. Evaluación de pronunciación | 5. Estatura/peso/circón de la cabeza |
| 3. Evaluación de la vista | 6. Evaluación dental |

El padre/tutor da su permiso para que le hagan las evaluaciones ya mencionadas durante el año escolar a su hijo/a. El padre/tutor entiende que los resultados de estas evaluaciones serán disponibles al personal de Desarrollo del Niño.

6. **PASTA DE DIENTES**

En cumplimiento con los Estándares de Funcionamiento de Head Start 45 CFR Sección 1304.23(b)(3) y las recomendaciones de la Asociación Dental Americana, cada salón de clase tendrá horario de cepillar los dientes diario. El padre/tutor debe indicar si quiere usar pasta de dientes con fluoruro durante nuestra rutina de cepillar dientes diarios. Si el padre/tutor indica "No" a la pasta de dientes con fluoruro, su niño se cepillará los dientes con agua.

HEAD START / EARLY HEAD START / STATE PRESCHOOL

CHILD DEVELOPMENT PROGRAMS

HISTORIA DE SALUD

Form: M-H-211 \ 1819

Nombre del Niño/a _____ Sexo _____ Fecha de Nacimiento _____
 Teléfono de Casa _____ Teléfono de Celular _____ Sitio/Clase _____
 Nombre de Madre/Guardián _____
 Nombre de Padre/Guardián _____
 Medico Actual del Niño/a _____ NINGUNO Teléfono _____
 Dentista Actual del Niño/a _____ NINGUNO Teléfono _____
 Seguro Médico Medi-Cal Kaiser Privado NINGUNO Otro: _____
 Niño Acogido Sí No Si si, cuanto tiempo a estado el niño en su hogar: _____

HISTORIA DE SALUD DEL NIÑO/A

Su niño/a tiene alguno de los siguientes:

- * Sí No Asma. ¿Necesitará su inhalador en la clase? Sí No
- * Sí No Diabetes
- * Sí No Sonda de Gastrostomía
- Sí No Anemia (bajo en hierro)
- Sí No Miringotomía (tubos en los oídos)
- Sí No Aparato de Oídos
- Sí No Problemas de Visión (bizquear, ojos cruzados, "ojo perezoso")
- Sí No Lentes prescritos por un doctor
- Sí No ¿Su niño/a esta expuesto al humo de cigarrillo de segunda mano?
- Sí No Su niño/a usa equipo de movilidad (aparato ortopédico, caminante, o silla de ruedas). Describa: _____
- * Sí No Convulsiones. Describa: _____
- * Sí No Problema de Corazón. Describa: _____
- Sí No Eczema. Otra condición de piel: _____
- Sí No Alguna cirugía/hospitalización: _____
- Sí No Otro: _____

Su niño/a tiene alergias:

- Sí No Alergias Temporales
- * Sí No Alergia Severa a Abejas/Insectos
- * Sí No Alergia de Comida. Describa: _____
- * Sí No Otra alergia: _____
- * Sí No La alergia de mi niño/a requiere un EpiPen, u otro medicamento.

¿Su niño/a consulta con algún especialista?

- Audiólogo Optometrista (doctor de ojos)
- Logopeda Nutriólogo
- Otro: _____

¿Su niño/a ha recibido servicios de?

- Alta Regional Center California Children Services
- Mind Institute (UCD) Educación Especial
- Otro: _____

MEDICAMENTOS

- Sí No ¿Su niño/a toma cualquier medicamento? Cuales: _____
- * Sí No ¿Necesitara tomar cualquier medicamento *en la clase*? Cuales: _____

HISTORIA DENTAL DEL NIÑO/A

¿Su niño/a ha visto a un dentista durante los últimos 12 meses? Sí No

Última cita: _____
Próxima cita: _____

- Sí No ¿Su niño/a tiene dolor o sangre en sus dientes o encías?
- Sí No ¿Su niño/a toma fluoruro?
- Sí No ¿Su niño/a toma de un biberón de bebes?

¿Que toma su niño/a? _____
 ¿Con que frecuencia? _____
 ¿Cuándo? _____

HISTORIA DEL DESARROLLO

- Su niño/a:
- Sí No ¿Caminó a los 14 meses?
 - Sí No ¿Usó palabras sencillas a los 18 meses?
 - Sí No ¿Usa el baño solito/a?
 - Sí No ¿Habla en frases completas ahora?

Tiene preocupaciones de su niño/a:

- Sí No ¿Sobre su habilidad de hablar?
- Sí No ¿Sobre su comportamiento?
- Sí No Otras preocupaciones del desarrollo: _____

IEP/IFSP:
 Sí No Su niño/a tiene un IEP (Plan Individualizado de Educación) o un IFSP (Plan Individualizado de Servicios para la Familia).

HISTORIA DEL EMBARAZO / PARTO

Por favor conteste las siguientes preguntas en breve:
 ¿Hubo complicaciones con su embarazo o parto?

¿La madre uso cualquier medicamento, alcohol, drogas de la calle o tabaco durante su embarazo?

¿El niño/a nació temprano (prematuro)?

Peso al Nacer _____ lbs _____ oz

¿El niño/a tuvo algún problema al nacer o durante el primer mes de vida?

HISTORIA SOCIAL

¿Ha observado lo siguiente en su niño/a?
 Sí No Trepiezos
 Sí No Se chupa su dedo
 Sí No Se muerde sus uñas

¿Qué forma de disciplina trabaja mejor con su niño/a?

Liste los miedos o preocupaciones de su niño/a:

¿Cuáles actividades disfruta su niño/a?

¿Con cuales adultos tiene su niño/a contacto frecuente?

¿Cómo consuela a su niño/a?

¿Su niño/a usa una cosa de consuelo (como una cobija)?

¿Tiene preocupaciones sobre la salud emocional de su niño/a?

¿Su niño/a ha visto cualquier tipo de violencia?

¿Hay alguna otra cosa que usted quiere que sepamos de su niño/a?

Para el uso de la oficina solamente:

* Puede requerir documentación adicional de su doctor.

Firma: _____ Relación al niño/a _____ Fecha _____

Revisado por: _____ Título _____ Fecha _____

HEAD START / EARLY HEAD START / STATE PRESCHOOL

CHILD DEVELOPMENT PROGRAMS	Questionario de Nutrición - 3-5 años. (Nutrition Questionnaire 3-5 yrs)	Form: M-H-219s_ \ 1819
----------------------------	---	------------------------

Nombre del niño/a _____ Fecha de Nacimiento _____

Maestro/a _____ Sitio/Opción _____

Nombre del Padre/Tutor _____ Teléfono _____

1. Si No ¿Está su niño/a en alguna dieta especial o es alérgico a algunas comidas? ¿Si contesto sí, cuáles son? _____
2. Si No ¿Esta su niño en el programa de WIC? _____
3. Si No ¿Toma su hijo vitaminas, hierro y fluoruro? ¿Si contestó sí, cuáles? _____
4. ¿Cuántas comidas y bocadillos come su niño al día? Comidas: _____ Bocadillos: _____
5. Si No ¿Toma su niño de biberón? ¿Si contestó sí, cuántas veces al día? _____
6. Si No ¿Tiene preguntas sobre la manera como está comiendo su niño? ¿Si contesto sí, que es lo que le preocupa? _____

Marque en los cuadros, que tan frecuente come su niño las siguientes comidas. Marque solo uno por cada comida.

Dieta Vegetariana: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	2-4 Veces al día	Una vez al día	2-4 Veces a la semana	Una vez al la semana	Casi nunca o Nunca
Carne Roja: res, puerco					
Carnes para sándwiches, salchichas, pedazos de pollo empanizados					
Pollo, pavo, pescado					
Huevos					
Chícharos, frijoles					
Crema de cacahuete					
Cereal (seco o cocido)					
Pan de trigo entero 100%, Tortillas: harina o maíz (Encierre en círculo)					
Arroz, fideo					
Leche: (Encierre en círculo) Entera 2% 1% Sin Grasa Soya Lactaid Otro _____					
Queso, Yogur, Crema					
Frutas (naranja, toronja, piña, mandarinas), Kiwi, melón, fresas					
Frutas de otra clase					
Jugos: (naranja, piña, toronja)					
Jugos de otra clase					
Vegetales: jitomate, brócoli, repollo, coliflor, col de Bruselas, pimiento					
Otros vegetales					
Agua					
Sodas, bebidas de sabor a fruta					
Leche de chocolate o fresa					
Dulces, pasteles, galletas, donas					
Pizza					
Papas fritas y galletas saladas					

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha: _____



CHILD DEVELOPMENT PROGRAMS	Physical Exam	Form: M-H-228 \ 1819
----------------------------	----------------------	----------------------

Please complete this form and return to: Child Development Programs, Health Coordinator
 6767 Green Valley Road, Placerville, CA 95667 | PHONE: (530) 295-2270 / 295-2276 or FAX: (530) 295-1935

CHILD'S NAME: _____ DATE OF BIRTH: _____ MALE FEMALE
 SITE/CLASS: _____ TEACHER: _____

* Requirements are based on Bright Futures/American Academy of Pediatrics Periodicity Schedule (Updated February 2017)
 ** Note: If any section is left blank, this form will be returned to attending Physician/Healthcare Provider for completion.

* HEIGHT:	* WEIGHT:	* BLOOD PRESSURE:
-----------	-----------	-------------------

*** SCREENING OF TB RISK FACTORS ***

Are TB Risk Factors Present? <input type="checkbox"/> No; TB Skin Test NOT Required <input type="checkbox"/> Yes; TB Skin Test Required	<input type="checkbox"/> Risk Factors PRESENT ; TB Skin Test or CXR REQUIRED PPD Date Given: _____ Date Read: _____ <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative Chest X-ray Date: _____ <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative
---	---

* HEMOGLOBIN *	* LEAD *
<input type="checkbox"/> Risk Factors NOT present; Hgb Blood Test NOT Required <input type="checkbox"/> Risk Factors PRESENT ; Hgb Blood Test REQUIRED RESULTS: _____ (g/dL) Receiving Treatment: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Date: _____	<input type="checkbox"/> Risk Factors NOT present; Lead Blood Test NOT Required <input type="checkbox"/> Risk Factors PRESENT ; Lead Blood Test REQUIRED RESULTS: _____ (µg/dL) Receiving Treatment: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Date: _____

* VISION *	* HEARING *
LEFT EYE: <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail RIGHT EYE: <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail Describe or Check Method Used: <input type="checkbox"/> LEA <input type="checkbox"/> Sure Sight	LEFT EAR: <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail RIGHT EAR: <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail Describe or Check Method Used: <input type="checkbox"/> OAE <input type="checkbox"/> ABR

EXAMINATION RESULTS	NORMAL	ABNORMAL	DESCRIBE FINDINGS/COMMENTS
GENERAL APPEARANCE / SKIN			
HEAD / EARS / EYES / NOSE / THROAT			
HEART / LUNGS			
ABDOMEN / GENITOURINARY			
EXTREMITIES / SKELETAL			
NEUROLOGICAL (Fine, Gross Motor)			
SPEECH / LANGUAGE			
DENTAL ASSESSMENT Dental Referral: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
NUTRITIONAL ASSESSMENT			
SOCIAL / BEHAVIORAL ASSESSMENT			
DEVELOPMENTAL SURVEILLANCE			
TOBACCO ASSESSMENT Exposed to Secondhand Smoke: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
ALLERGIES (List) Food Allergy: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Seasonal: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Other: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			

Health Concerns / Diagnoses: _____

Medications: Taken at Home? YES NO List: _____
 Required at School? YES NO List: _____

IMMUNIZATIONS – Please attach a printout of immunizations received at today's visit.

PHYSICIAN'S SIGNATURE: _____ DATE OF EXAM: _____

PHYSICIAN'S NAME (PRINT): _____ MEDICAL GROUP NAME: _____

ADDRESS: _____ PHONE: _____ FAX: _____