



**Distrito Escolar Unificado de Jurupa
Head Start/Preescolar Estatal/Título 1
2018 - 2019**



Requisitos para la Inscripción y Elegibilidad Inicial

Para que su niño pueda ser inscrito, tendrá que presentar lo siguiente:

- 1. Acta de Nacimiento (niño DEBE cumplir 3 años de edad para o antes de la fecha de su cita de inscripción)**
- 2. Verificación de Ingresos (debe cumplir con las pautas de ingresos federales y estatales para el año escolar 2018-2019)**

Los ingresos son **en bruto** (antes de deducciones) y de todos los medios, incluyendo asistencia pública. Los ingresos de la familia **serán** verificados cuando la familia presente lo siguiente:

- Formulario W2 o Declaración de Impuestos Federales para el año 2017 y los 4 talones de cheques más recientes con el total ganado en el año hasta la fecha
- Una carta de su empleador estableciendo la cantidad de paga, periodos de paga y antigüedad en el empleo
- Formulario Passport to Services proporcionado por el Departamento de Servicios Públicos Sociales
- Verificación de discapacidad, desempleo o compensación al trabajador
- Pensión o manutención del niño – puede obtenerse en línea (www.childsup.ca.gov) o de la oficina de Servicios de Manutención al Niño, 204 Iowa Ave., Riverside, CA (se requiere prueba para inscripción)
- Comisiones, bonos, dividendos, intereses o pensiones
- Verificación de pagos de Seguro Social
- Verificación de empleo propio incluyendo informe de ganancias y pérdidas cubriendo los últimos 3 meses, tarjeta comercial o folleto/volante

- 3. Documentación y verificación del tamaño de la familia**

Una de la siguiente documentación se **debe** proporcionar para cada niño identificado como parte de la familia:

- Acta de nacimiento
- Orden judicial de la custodia del niño (si procede)
- Registros médicos o escolares
- Historial de bienestar del condado
- Documentación fiable que demuestre la relación a los padres

Si en la solicitud aparece solo un padre y el acta de nacimiento indica que el niño tiene otro padre cuyo nombre no aparece en la solicitud, la siguiente documentación debe ser proporcionada:

- Documentación de divorcio o separación legal
- Evidencia que el padre en la solicitud recibe manutención para el niño, que ha solicitado manutención, o que ha renunciado solicitar manutención.

- 4. Prueba de domicilio** (cualquier evidencia del domicilio en California en el que habita el niño)
- 5. Record de las vacunas** (record más actualizado)
- 6. Resultados de examen del físico** con la evaluación de riesgo de tuberculosis completado en los previos 12 meses.
También se requiere una prueba sanguínea mostrando resultados de anemia y nivel de plomo.

***La prioridad se les da a los niños de cuatro años que residen dentro del lindero del Distrito Escolar de Jurupa.**

***NO se provee transportación.**

***El programa educacional de Head Start/Preescolar Estatal/Título 1 es de medio día y es para las familias de bajos ingresos y también da servicios a niños con discapacidades.**

PARA MÁS INFORMACIÓN, LLAME AL (951) 222-7850

(Revised 03/18 JM)



Jurupa Unified School District
Head Start/State Preschool/Title 1



SOLICITUD CONFIDENCIAL DE ADMISIÓN

Complete usando tinta **NEGRA** solamente
ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD: Los datos que Ud. proporcione al personal se mantendrán estrictamente confidencial a menos que su divulgación se autorice por escrito por los padres/tutores. Estos documentos se mantendrán en archivos bajo llave.

INFORMACIÓN DEL NIÑO

Apellido		Nombre		
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento (Ciudad y Estado)		Género	
Domicilio		Apt.	Ciudad	Estado
Dirección postal (si es distinta a su domicilio)		Número de teléfono ()		Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Raza <input type="checkbox"/> Indígena Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco				

INFORMACIÓN MÉDICA DEL NIÑO

¿Tiene su hijo seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Tipo de seguro:		Doctor/Clínica:
Dirección	Ciudad	Teléfono ()
Problemas de salud o preocupaciones:		

INFORMACIÓN DENTAL DEL NIÑO

¿Tiene su hijo seguro dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Dentista/Clínica:
Dirección	Ciudad	Teléfono ()
Problemas dentales o preocupaciones:		

INFORMACIÓN DE DISCAPACIDADES DEL NIÑO

¿Tiene su hijo alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
De ser así, ¿tiene documentación sobre la discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Cuál de las siguientes describe la discapacidad de su hijo?			
<input type="checkbox"/> Habla/Lenguaje	<input type="checkbox"/> Audición/Sordo	<input type="checkbox"/> Visión/Ciego	<input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual
<input type="checkbox"/> Discapacidad de salud	<input type="checkbox"/> Ortopédica	<input type="checkbox"/> Aprendizaje	<input type="checkbox"/> Autismo
<input type="checkbox"/> Otra/Describe:			

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA**Tamaño de la familia*:** _____**Niños de 0-3 años de edad:** _____**Condición familiar:** Un padre
 Dos padres

*Padres/tutores del niño siendo matriculado y hermanos menores de 18 años de edad.

Cabeza de la familia Padre Madre Tutor
 Abuelo(a) Otro:**Parentesco al niño** Natural/adoptivo/hijastro Sobrino(a) Nieto(a)
 Hijo de crianza Otro:**Está la familia recibiendo:** CalFresh CF#: _____ WIC WIC ID: _____**Me gustaría recibir información en:** Inglés Español**Padre/Tutor 1**

Nombre	Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de nac.	Edad
Raza <input type="checkbox"/> Indígena Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco			
Educación <input type="checkbox"/> Grado 9 o menos <input type="checkbox"/> Grado 10 <input type="checkbox"/> Grado 11 <input type="checkbox"/> Grado 12 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Graduado de prepa <input type="checkbox"/> Algo de colegio <input type="checkbox"/> Entrenamiento avanzado <input type="checkbox"/> Certificado de entrenamiento <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> BA/BS <input type="checkbox"/> Maestría			
Estado de empleo <input type="checkbox"/> Tiempo completo y entrenamiento <input type="checkbox"/> Tiempo completo (35h o más) <input type="checkbox"/> Tiempo parcial y entrenamiento <input type="checkbox"/> Tiempo parcial (35h o menos) <input type="checkbox"/> Jubilado/Incapacitado <input type="checkbox"/> Empleo temporal <input type="checkbox"/> Entrenamiento o escuela <input type="checkbox"/> Desempleado			
Fuente de ingresos (marque todas las opciones que apliquen) <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Ayuda monetaria <input type="checkbox"/> Manutención infantil <input type="checkbox"/> Compensación al trabajador <input type="checkbox"/> Negocio propio <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Reembolso a padres adoptivos <input type="checkbox"/> Otro:			
Teléfono ()	Correo electrónico	Recibir avisos por texto/correo elec. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Padre/Tutor 2

Nombre	Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de nac.	Edad
Raza <input type="checkbox"/> Indígena Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco			
Educación <input type="checkbox"/> Grado 9 o menos <input type="checkbox"/> Grado 10 <input type="checkbox"/> Grado 11 <input type="checkbox"/> Grado 12 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Graduado de prepa <input type="checkbox"/> Algo de colegio <input type="checkbox"/> Entrenamiento avanzado <input type="checkbox"/> Certificado de entrenamiento <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> BA/BS <input type="checkbox"/> Maestría			
Estado de empleo <input type="checkbox"/> Tiempo completo y entrenamiento <input type="checkbox"/> Tiempo completo (35h o más) <input type="checkbox"/> Tiempo parcial y entrenamiento <input type="checkbox"/> Tiempo parcial (35h o menos) <input type="checkbox"/> Jubilado/Incapacitado <input type="checkbox"/> Empleo temporal <input type="checkbox"/> Entrenamiento o escuela <input type="checkbox"/> Desempleado			
Fuente de ingresos (check all that apply) <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Ayuda monetaria <input type="checkbox"/> Manutención infantil <input type="checkbox"/> Compensación al trabajador <input type="checkbox"/> Negocio propio <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Reembolso a padres adoptivos <input type="checkbox"/> Otro:			
Teléfono ()	Correo electrónico	Recibir avisos por texto/correo elec. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

OTROS HIJOS VIVIENDO EN EL HOGAR

Nombre	Parentesco al niño	Fecha de nac.	Género	Hisp/Latino Sí/No	Raza
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Raza AI/AN - Indígena Americano/Nativo de Alaska B - Negro/Afroamericano PI - Isleño del Pacífico
 A - Asiático C - Blanco

OTROS ADULTOS VIVIENDO EN EL HOGAR

Nombre	Parentesco al niño	Fecha de nac.	Contribuye a los ingresos del hogar?
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Yo verifico que toda la información proporcionada en esta SOLICITUD DE ADMISIÓN es verdadera y correcta.

_____ _____ _____
Nombre de Padre/Tutor **Firma** **Fecha**



Examen del físico

Nombre del niño: _____ Fecha del examen físico: _____

Fecha de nacimiento: _____

Head Start requires a complete CHDP equivalent health examination for entrance into the program.

Visita periódica del CHDP de:	24 Meses	30 Meses	3 Años	4 Años	5 Años
-------------------------------	----------	----------	--------	--------	--------

Evaluación del factor de riesgo de tuberculosis: No se presentan factores de riesgo; la prueba de tuberculosis no es necesaria

Factor de riesgo de envenenamiento con plomo: No se presentan factores de riesgo Se presentan factores de riesgo

Hematocrito/ Hemoglobina 9 meses 2, 3, 4 años		Fecha:	Resultados:	Anemia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Suplemento de hierro: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Blood Lead Test: 12 and 24 Month If no record, perform		Fecha:	Resultados:	Presión arterial:		Fecha:	Resultados: ___ / ___
Prueba de tuberculosis		Fecha en que se dio:	Fecha en que se leyó:	Resultado: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive		Fecha de radiografía del pecho:	Resultado: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive
Estatura: (%)		Peso: (%)		Índice de masa corporal:		Circunferencia de la cabeza:	
Visión: Derecho – 20/ _____		Izquierdo – 20/ _____		Estrabismo: <input type="checkbox"/> Pasó <input type="checkbox"/> No pasó		Audición: <input type="checkbox"/> Pasó <input type="checkbox"/> No pasó	
Resultado de los exámenes	Normal para la edad	Anormal (Describir los resultados)	No se examinó	Resultado de los exámenes	Normal para la edad	Anormal (Describir los resultados)	No se examinó
Orientación temprana				ES/Observación de la visión			
Postura/paso				Ears/Evaluación clínica			
Defectos de nacimientos				Evaluación del desarrollo			
Oídos, nariz y garganta				Evaluación de trastorno de espectro autista			
Convulsiones				Vigilancia del desarrollo			
Boca, dientes, dental, nutrición				Evaluación psicosocial y del comportamiento			
Corazón y pulmones				Destrezas de comunicación/ articulación			
Asma				Destrezas cognitivas			
Abdomen (hernia)				Evaluación de depresión materna			

¿Tiene la autorización para entrar al preescolar? Sí No

Anotar cualquier alergia o condiciones crónicas o especiales Ajustes: _____

Lista de medicamento necesario en la escuela (incluya el nombre y dosis del medicamento): _____

Proveedor (con letra de imprenta): _____ Firma: _____

Médico o nombre de la clínica: _____ No. de teléfono: _____

Dirección: _____



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE JURUPA
Head Start/ Preescolar Estatal



DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN LABORAL

El Distrito Escolar Unificado de Jurupa podría dar servicios al hijo de la persona identificada en seguida. Para documentar elegibilidad, se requiere que se obtenga la siguiente información laboral:

COMPLETADO POR EL PADRE:

Por la presente, yo, _____, doy autorización a mi empleador que proporcione al Distrito Escolar Unificado de Jurupa la siguiente información sobre mi empleo.

Firma del Padre

Fecha

COMPLETADO POR EL EMPLEADOR:

Nombre del empleador: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Numero de teléfono: _____ Horas de atención: _____

Esto verifica que _____ es empleado de

_____. Fecha inicial de empleo: _____

Empleado es: Asalariado: \$ _____ Se le paga: Semanal Cada dos semanas Cada tercer semana Mensual

Al empleado: Se le paga por hora Paga por hora: \$ _____

Se le paga: Semanal Cada dos semanas Cada tercer semana Mensual

Se le paga en efectivo: \$ _____

Se le paga: Semanal Cada dos semanas Cada tercer semana Mensual

El empleado trabaja: Medio tiempo Horas por semana _____ Tiempo completo Horas por semana _____

El empleado recibe: Propina \$ _____ Comisión \$ _____ Horas extra \$ _____

Se le paga: Semanal Cada dos semanas Cada tercer semana Mensual

Firma del empleador: _____ Fecha: _____

USO DE OFICINA: Verificado por: _____ Fecha: _____ Puesto: _____



Encuesta de necesidades de la familia

___ Initial
___ 1st Conference
___ 2nd Conference

Nombre del niño: _____ Plantel: _____

Nombre del padre: _____ Fecha: _____

Estamos aquí para ayudarle con información, recursos, remisiones y oportunidades de capacitación. Por favor déjenos saber cómo podremos apoyar sus necesidades e intereses.

¿Tiene alguna crisis, necesidad INMEDIATA o de EMERGENCIA en las áreas siguientes?:

- Alimentos
- Albergue
- Violencia doméstica
- Ninguno por el momento**
- Otro: _____
- Ropa
- Asesoría
- Abuso infantil
- Servicios del hogar
- Preocupaciones de salud
- Abuso de drogas o alcohol

Necesidades familiares o personales (¿necesita algo de lo siguiente?):

- Acceso a cuidado o seguro de salud
- Ayuda con la manutención de menores
- Servicios de cuidado infantil
- Servicios legales a bajo costo
- Nutrición/actividades físicas
- Recursos para el cuidado de crianza
- Participación del papá
- Fijar metas
- Destrezas con la computadora
- Programas de lectoescritura para adultos
- Inglés como Segundo Idioma (ESL)
- Manejo del estrés
- Educación de matrimonios
- Educación dental
- Otro: _____
- Programas de alimentos (vales de despensa/WIC)
- Presupuesto y ahorro
- Servicios de asesoría o grupos de apoyo
- Ayuda con la tutela
- Educación en la salud
- Destrezas de crianza y educación
- Disciplina positiva
- Recursos para el empleo
- Servicios de apoyo para la tercera edad
- Manejo de la ira
- Educación en las finanzas
- Servicios del hogar (no urgencia)
- Ninguno por el momento**
- Asistencia pública (ayuda monetaria o SSI)
- Servicios de discapacidad
- Vivienda a bajo costo
- Ayuda a familias de reclusos
- Preparación para emergencias
- Ayuda con inmigración
- Educación en el embarazo y apoyo posparto
- Continuación de la educación (diploma de preparatoria, GED, universidad o colegio, carrera técnica)
- Prevención del alcohol o drogas
- Servicios de impuesto
- Servicios para los veteranos
- Ropa o alimentos (no urgencia)

Servicios en la comunidad (¿necesita algo de lo siguiente?):

- Programas de servicios del hogar
- Actividades en la comunidad
- Recursos en la comunidad local
- Otro: _____
- Programas de la biblioteca
- Actividades para la tercera edad
- Ninguno por el momento**
- Transporte público
- Oportunidades de voluntariado

Necesidades infantiles (¿necesita algo de lo siguiente?):

- Hitos en el desarrollo infantil
- Tutoría
- Apoyo con discapacidades
- Otro: _____
- Actividades para el aprendizaje en casa
- Programas para después de clases
- Salud y bienestar infantil
- Seguridad infantil
- Programas para niños y adolescentes
- Ninguno por el momento**

Para uso exclusivo del personal

Date Reviewed: _____ Needs Identified: Yes No Resources Provided: Yes No Staff Initials: _____

Comments: _____

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 tendrá derechos que incluyen pero que no se limitan a los siguientes:
- (1) a ser tratado con dignidad en sus relaciones personales con el personal del establecimiento y con 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 o humillación; a que no 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 niños le informe al niño, así como 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 A QUE SE LE INFORME SOBRE LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO APROPIADA CON LA CUAL DEBE COMUNICARSE SI TIENE QUEJAS. LA OFICINA ES:

NOMBRE

DIRECCIÓN

CIUDAD

CÓDIGO POSTAL

AREA/NÚMERO DE TELÉFONO

SEPARÉ AQUÍ

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 completa, según se explica aquí:

CONFIRMACIÓN: Se me (nos) informó personalmente y recibí 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 MOLDE EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO)

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL NIÑO)

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

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

(FECHA)

NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LOS HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS

DERECHOS DE LOS PADRES

Como padre/madre/representante autorizado, usted tiene el derecho de:

1. Entrar e inspeccionar el hogar que proporciona cuidado de niños (de aquí en adelante “hogar”) 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 que la oficina de licenciamiento tiene en relación a la persona con licencia.
3. Revisar, en el hogar, los reportes sobre las visitas 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 el hogar sin que se discrimine ni que se tomen represalias en contra de usted ni de su hijo.
5. Ser notificado y recibir, de la persona con licencia, una notificación por escrito con los nombres de las personas a las que no se les permite estar en el hogar mientras que estén presentes los niños. **(NOTA: Esta notificación sólo se requiere cuando el Departamento, por escrito, ha excluido a alguien del hogar el o después del 1° de enero de 2001.)**
6. Pedir por escrito que no se le permita a cierto padre/madre que visite al niño de usted ni que se lo lleve del hogar, siempre y cuando usted haya presentado una copia certificada de una orden de la corte.
7. 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: _____

Dirección de la oficina de licenciamiento: _____

Número de teléfono de la oficina de licenciamiento: _____

8. Solicitar que la persona con licencia, a petición de usted, le informe del nombre y tipo de asociación con el hogar de cualquier persona adulta que haya obtenido una exención en relación a sus antecedentes penales, y que el nombre de tal persona también se puede obtener comunicándose con la oficina local de licenciamiento.
9. Recibir de la persona con licencia el formulario sobre el proceso para la revisión de los antecedentes de los proveedores de cuidado.
10. Ser informado por la persona con licencia de que el establecimiento tiene o no tiene seguro de responsabilidad civil (liability insurance) o alguna garantía de una compañía de seguridad (*bond*) que cubra a los clientes por lesiones causadas por negligencia de la persona con licencia o los empleados del establecimiento.

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

Para ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (conocida en inglés como “Registered Sex Offender Database”), vaya a: www.meganslaw.ca.gov

LIC 995A (SP) (8/08)

(Separe aquí. Déles esta porción a los padres.)

CONFIRMACIÓN DE HABER RECIBIDO LA NOTIFICACIÓN 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 “NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LOS HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS”, el formulario sobre el PROCESO PARA LA REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES DE LOS PROVEEDORES DE CUIDADO, y el formulario de INFORMACIÓN PARA EL CONOCIMIENTO DEL CONSUMIDOR EN RELACIÓN A LOS HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS.

Nombre del hogar que proporciona cuidado de niños _____

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.

Para ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (conocida en inglés como “Registered Sex Offender Database”), vaya a: www.meganslaw.ca.gov

LIC 995A (SP) (8/08)



Distrito Escolar Unificado de Jurupa

SCHOOL READINESS CENTER

5960 Mustang Lane, Jurupa Valley, CA 92509

Telephone (951) 222-7850 Fax (951) 222-7853

Divulgación de información

Por medio de la presente, yo _____, doy mi consentimiento al Distrito Escolar Unificado de Jurupa, el programa de Head Start/Preescolar Estatal/Título 1, el Departamento de Educación del Condado de Riverside (RCOE), la Unidad de Servicios para Niños (CSU); para verificar cualquier información utilizada para determinar la elegibilidad o necesidad de mi familia durante el tiempo que esté inscrito en el programa de cuidado infantil subsidiado.

Yo entiendo que el proceso de verificación pudiera incluir:

- El intercambio de información entre las agencias para verificar mis ingresos, elegibilidad, y necesidad de servicios de cuidado infantil o de apoyo. Las agencias con las cuales pueden comunicarse son, entre otras, el Departamento de Servicios Públicos Sociales, Departamento de Manutención de Menores, Autoridad de Viviendas, First 5 Riverside, Consorcio de Cuidado Infantil del Condado de Riverside, establecimientos de capacitación o escuelas, agencias de servicio social, médico remitente, albergues de emergencia, y empleadores o clientes.
- Dar repaso a la información por medio de otros recursos, en los cuales se incluye mas no se limita a: sitios en línea para la verificación de empleo, sitios de redes sociales, búsquedas por medio de motores de búsqueda, verificación de domicilio por medio del sistema de mapas en línea, y repaso a las bases de datos de la corte o de agencias policiales.

Yo doy mi consentimiento al programa de preescolar de JUSD y a CSU de solicitar de o proveer a cualquier otra agencia operada con fondos públicos cualquier información de elegibilidad o necesidad necesaria para garantizar el uso apropiado de fondos federales y estatales.

Yo entiendo que, si la información presentada al programa de preescolar de JUSD y a CSU para establecer la elegibilidad inicial y continua resulta ser falsa o engañosa, mis servicios de cuidado infantil serán cancelados y seré yo responsable de reembolsar al programa de preescolar de JUSD y a CSU por aquellos beneficios de cuidado infantil recibidos a los que no tenía yo derecho. Además, entiendo que al proveer información falsa y/o engañosa pudiera perder mi derecho a servicios de cuidado infantil en el futuro y seré remitido a la agencia federal o estatal apropiada.

Nombre en letra de molde (padre/tutor 1)

Firma

Fecha

Nombre en letra de molde (padre/tutor 1)

Firma

Fecha

Se requiere la firma de los dos padres/tutores

(Rev. 4/10/17 JM)



Jurupa Unified School District Head Start/Preescolar Estatal/Título I

ACUERDO FOTOGRÁFICO

Podrán tomarse fotos o videos de las actividades en el salón para compartir con otros niños, maestros y/o padres. Las fotos y videos se utilizarán principalmente por el personal del programa de preescolar del distrito de Jurupa para exhibiciones en el aula, como una herramienta para mejorar las habilidades de instrucción, y con el fin de capacitación. Las fotos y videos **no** serán compartidas o cargadas a ningún sitio web público o a ninguna aplicación de redes sociales.

Entiendo yo que mi hijo, _____ pudiera ser fotografiado o grabado mientras participa en este programa.

Firma del padre o tutor legal

Fecha



**Distrito Escolar Unificado de Jurupa
Head Start/Preescolar Estatal/Título I**

Acuerdo de Padres/Tutores

El programa de Head Start/Preescolar Estatal/Título I desea darle la bienvenida. Nosotros proporcionamos programas integrales de desarrollo infantil que no solo cumplen con las necesidades educativas de los niños de edad preescolar, sino que también cumplen con sus necesidades de salud, nutrición, salud mental, y servicios sociales. Nuestro personal cree que los padres/tutores son la influencia más importante a sus niños y ven el satisfacer de sus necesidades como una responsabilidad conjunta entre los padres/tutores y el personal. Les animamos a ustedes los padres/tutores a colaborar con nuestro personal en la entrega de una amplia gama de servicios a las familias.

La Oficina de Licenciamiento para Servicios de Cuidado en la Comunidad del Departamento de Servicios Sociales tendrá autoridad para inspeccionar como se especifica en las secciones 1596.852 y 1596.853 del Código de Salud y Seguridad de California. Las secciones 1596.852 y 1596.853 del Código de Salud y Seguridad de California autorizan el acceso a los representantes de la Oficina de Licenciamiento para Servicios de Cuidado en la Comunidad al plantel para determinar si cumple con los reglamentos de la Oficina de Licenciamiento, llevar acabo visitas esperadas e inesperadas al plantel para investigar todas las denuncias orales y escritas, revisar los registros de los niños y del programa, realizar inspecciones de los niños, y conducir entrevistas privadas a los niños. Todos los informes se mantienen en el plantel y están a la disposición del público.

Al inscribir a su niño en un programa de Head Start/Preescolar Estatal/Título I, acepta usted recibir los servicios básicos que ofrecemos.

1. La ley indica que las personas que trabajan con niños son informantes por mandato. Negar tratamiento o poner en peligro la salud o seguridad del niño es una violación de la ley de California y debe reportarse a la Agencia de Protección Infantil.
2. El personal utiliza técnicas de manejo del aula que no incluyen castigo físico o verbal. El castigo físico o verbal de los niños mientras estén bajo nuestro cuidado está prohibido por las pólizas locales y estatales. Además, mientras los niños estén bajo la supervisión de nuestro personal, los padres no deben castigar de manera física o verbal a sus hijos o a los demás niños en el programa.
3. Le animamos a compartir su sugerencia en todos los ámbitos del programa.
4. Se espera de los niños inscritos el mantener una asistencia regular a la escuela. Inasistencia excesiva podría resultar en la terminación de servicios para su hijo.
5. Podrían ofrecerse servicios de salud mental para asegurar el bienestar del niño a través de colaboraciones con el distrito y aliados comunitarios.
6. El programa de preescolar da la bienvenida a niños con necesidades especiales y cree en proporcionar un entorno escolar enriquecedor para todos los niños. El programa colabora con los padres y con las agencias de educación locales adecuadas para observar y apoyar el crecimiento y desarrollo de aquellos niños identificados con discapacidades quienes son elegibles para recibir servicios especializados.

Yo entiendo mis responsabilidades.

Firma – padre/tutor

Fecha

Nombre del niño

Plantel



Política de Dejar/Levantar Tarde

Uno de los objetivos del programa preescolar Head Start/Preescolar Estatal/Título 1 es proveer un ambiente que sea seguro y propicio para el desarrollo del crecimiento y desarrollo de cada niño.

Existen reglas y procedimientos específicos con respecto a dejar tarde/levantar tarde a los niños en el programa.

Las políticas de dejar tarde y levantar tarde son:

1. Se espera que un padre o un adulto designado de 18 años de edad o mayor que prontamente deje y levante a sus niños/a a la entrada o al terminar la clase.
2. Cuando un niño/a se deja tarde (10 minutos) y/o no es recogido/a al final de la clase (15 minutos), se mandará un aviso de dejar tarde.
3. Después de tres notificaciones de “Dejar tarde/Levantar Tarde”, se programará una conferencia con el/a maestro/a. La conferencia incluirá una revisión de la política de dejar tarde/recoger tarde y se actualizará la tarjeta de emergencia familiar.
4. Si se expiden tres más notificaciones de “Dejar Tarde/Recoger Tarde”, se programará una conferencia con un supervisor. Las tardanzas excesivas resultarán en una reevaluación de la necesidad de su familia de seguir recibiendo servicios del programa y su hijo podría ser excluido del programa. Si el niño es dado de baja, la familia tendrá la oportunidad de reaplicar y poder ser colocado en la lista de espera.
5. En caso de que un niño no se haya recogido 30 minutos después del final de la clase y todos los intentos de contactarse con el padre/tutor u otro adulto designado contacto de emergencia se hayan hecho, esto constituirá una “situación de emergencia.” El supervisor tomará medidas para garantizar la seguridad del niño, que pueden incluir el contacto con el departamento de policía local y/o los Servicios de Protección Infantil (CPS). El incidente será documentado y el padre deberá reunirse con el supervisor.
6. Todo esfuerzo será hecho por la escuela para asegurarse que la implementación de esta política sea justa y oportuna.

Yo, _____, he recibido, entendido, y cumpliré con la Política de Dejar Tarde/Levantar Tarde del programa de preescolar de Head Start/Prescolar Estatal/Título 1.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Nombre del Niño/a



POLÍTICA SOBRE ENFERMEDADES Y EXCLUSIÓN DEL NIÑO

Los objetivos de la Política Sobre Enfermedades y Exclusión del Niño del programa de Head Start/Preescolar Estatal/Título I es asegurar que cada niño se beneficie de participar cómodamente en el programa diario y prevenir la propagación de enfermedades contagiosas entre los niños. El personal tomará la decisión definitiva sobre si un niño que esté enfermo podrá participar. La decisión se basará en el criterio del programa sobre la inclusión/exclusión y la habilidad del personal de cuidar del niño enfermo sin comprometer el cuidado de los demás niños en el programa. El padre, tutor legal, u otra persona autorizada por el padre/tutor será notificado inmediatamente cuando el niño demuestre signos o síntomas que requieren exclusión del plantel, como se describe a continuación. Familias deben tener un plan de emergencia para aquellos niños que han sido excluidos de la participación en el aula debido a alguna enfermedad.

- A) La enfermedad impide que el niño participe cómodamente en las actividades de la clase.
- B) La enfermedad requiere mayor cuidado de lo que el personal de cuidado infantil puede proporcionar sin comprometer la salud y la seguridad de los demás niños.
- C) El niño tiene cualquiera de las siguientes condiciones:
 - **Temperatura:** la temperatura es de 101 grados o mayor, acompañada de cambios de comportamiento (irritabilidad, dolor de garganta, sarpullido, letargo).
 - **Síntomas y signos de posible enfermedad grave:** letargo inusual, tos incontrolable, irritabilidad, llanto persistente relacionado con malestar, dificultad al respirar, silbido al respirar, u otros signos inusuales.
 - **Diarrea incontrolable:** heces líquidas que no pueden contenerse en el pañal (goteando), o que causan “accidentes” frecuentes en niños entrenados para ir al baño. El niño podrá regresar a la escuela cuando las heces sueltas puedan contenerse en el pañal o cuando el niño deje de tener “accidentes” y la frecuencia de deposiciones no sea más de 2 veces por encima de lo normal durante el día en el programa.
 - **Enfermedad de vómito:** vómitos más de dos veces en las 24 horas previas, a menos que se determine que el vómito es causado por una condición no infecciosa.
 - **Ampollas en la boca con babeo que el niño no puede controlar:** a menos que su médico principal o autoridad de salud pública indique que el niño es no infeccioso.
 - **Sarpullido con fiebre o cambios de comportamiento:** hasta que el médico de cabecera determine que la enfermedad es no infecciosa.
 - **Conjuntivitis bacteriana:** indicada por conjuntiva rosada o enrojecida con drenaje ocular mucoso color blanco o amarillo y lagañas en los párpados después de dormir. NO SE EXCLUYE A MENOS QUE EL NIÑO TAMBIÉN TENGA DOLOR, FIEBRE, U ENROJECIMIENTO E INFLAMACIÓN DE LOS PÁRPADOS. Para los niños con estos síntomas, consulte con su médico de cabecera.
 - **Dolor abdominal:** por dolor que continúa por más de dos horas o dolor intermitente asociado con fiebre u otro síntoma de enfermedad.
 - **Tuberculosis:** excluido hasta que el proveedor de atención médica o el funcionario de salud establezca que el niño puede regresar a clase.

- **Sarna, piojos en la cabeza, u otras infestaciones:** al identificarse piojos en la cabeza, u otra infestación, el padre/guardián será notificado de manera confidencial que venga a recoger el niño y que inicie un tratamiento. El niño podrá regresar a clase después de iniciar el tratamiento. Por favor llame a la enfermera al (951) 222-7850 para asistencia con la intervención.
- **Impétigo:** cubra la lesión. El niño podrá regresar a la escuela después del primer tratamiento. El tratamiento puede retrasarse hasta el fin del día de clase.
- **Faringitis u otros estreptococos:** podrá regresar a la escuela 24 horas después de haber iniciado tratamiento con antibióticos.
- **Varicela:** el niño puede regresar cuando todas las lesiones se hayan secado o hayan formado costra (generalmente 6 días después del inicio o erupción) y no hayan aparecido nuevas lesiones durante al menos 24 horas.
- **Tosferina:** excluido hasta completar 5 días de tratamiento adecuado de antibióticos.
- **Paperas:** excluido hasta 5 días después del inicio de la inflamación de la glándula parótida.
- **Virus de Hepatitis A:** se excluye hasta una semana después del inicio de la enfermedad o ictericia si los síntomas del niño son leves, o según lo indicado por el departamento de salud.
- **Sarampión:** excluido hasta 4 días después del inicio de la erupción.
- **Rubéola:** excluido hasta 7 días después del inicio de la erupción.

Un niño que por su enfermedad requiere ser mandado a casa recibirá atención apropiada a sus necesidades, en la medida en que esta atención no comprometa el cuidado de los demás niños en el plantel, hasta que el padre/tutor/contacto de emergencia del niño enfermo llegue a recogerlo.

Un niño con vómito o diarrea incontrolable recibirá cuidado separado y apartado de los demás niños, con atención adicional dirigida al higiene y saneamiento, hasta que el padre/tutor/contacto de emergencia del niño llegue a recogerlo.

En el transcurso de un brote de alguna enfermedad identificada como contagiosa en el plantel, el niño será excluido si el funcionario de salud local o el proveedor de atención médica determina que el niño está contribuyendo a la trasmisión de la enfermedad dentro del plantel.

REFERENCIAS:

El cuidado de nuestros niños, 3^{ra} edición (CFOC3 versión electrónica, en inglés) con la publicación de Gestión de Enfermedades Infecciosas en el Cuidado de Niños y en las Escuelas: Guía de referencia rápida 4^a edición (MID4) Informe del año 2015 al Comité de Enfermedades Infecciosas. 30^a edición (Libro Rojo), en inglés.

He recibido, comprendo, y cumpliré con la Política Sobre Enfermedades y Exclusión del Niño

Firma del padre/guardián

Fecha

Nombre del niño

Local ID:

DISTRITO UNIFICADO ESCOLAR JURUPA Grado:

State ID:

Formulario anual de información de emergencia Escuela:

NOTA PARA EL PADRE/GUARDIAN: Por favor revise la información en este forma, si hay cambios, firme y regrese a la escuela.

Nombre del estudiante (Apellido, Nombre) Genero Maestro/a Fecha de nacimiento Idioma en el hogar

Domicilio del Estudiante Ciudad Código Postal Número de Teléfono ¿Este número esta listado?

Domicilio para su correspondencia (si es diferente al que ya dió)

En el caso de enfermedad o una emergencia en la escuela, mi hijo puede ser entregado a los siguientes adultos:

Grado:	Padre 1				¿Vive con el estudiante?	
		Tipo: Padre o Tutor	Parentesco:	Email:		
Grado:	Padre 2	Teléfono de Casa:	Teléfono de Empleo:	Celular (txt Y/N):		
		Domicilio:				
Grado:	Padre 2				¿Vive con el estudiante?	
		Tipo: Padre o Tutor	Parentesco:	Email:		
Grado:	Padre 2	Teléfono de Casa:	Teléfono de Empleo:	Celular (txt Y/N):		
		Domicilio:				
Grado:	Padre 2					
		Lugar de Empleo/Ciudad:				
Grado:	Contactos de emergencia	Persona(s) Adicionales	Parentesco	Teléfono de Casa	Teléfono de Empleo	Celular (txt Y/N)

Información de Salud del Estudiante

Mi niño/a tiene los siguientes datos de salud:

Nombre:	Enfermedades	Medicamento	Alergias
	Doctor/Proveedor de Servicios Médicos	Domicilio del Doctor	Teléfono del Doctor

Yo, el padre/tutor asignado del estudiante (Aparece mi nombre en la tarjeta) , un menor, autorizo y estoy de acuerdo para el examen de rayos x, anestesia, un diagnostico medico o de operación, o tratamiento o cuidado en el hospital, en la supervisión especial o general y de acuerdo con el doctor o dentista bajo las provisiones del Acta de Practica de Medicina, o el Acta de Practica del Dentista. Se comprende que esta autorización es dada por avanzado de cualquier diagnostico especifico, tratamiento o cuidado de hospital pero es dado para proveer autoridad y poder al doctor/dentista para autorizar cuidado que sea de acuerdo a su opinión. Esta autorización es dada basada en las provisiones de las Secciones 6900 hasta 6910 en le Código de la Familia de California. La firma certifica que la información proveída es correcta y reconoce la responsabilidad del padre o tutor para inmediatamente notificar a la escuela por escrito de cualquier cambio de información en esta forma. Yo, el padre/tutor asignado entiendo que el Distrito Escolar Unificado de Jurupa, NO provee seguro médico de accidente para mi hijo/a por lastimaduras ocurridas en la escuela, pero ofrece seguro para el estudiante para accidentes y la compra es voluntaria.

- Voy a comprar el seguro que ofrecieron
- No voy a comprar el seguro que ofrecieron

Información o instrucciones especiales (alergias, problemas fisicos, numero de tarjeta (Kaiser), las restricciones de los padres etc):

Certificación y Autorización de Padre/Tutor

Apellido:	Nombre de la persona que lleno este formulario (Use letra de molde)	Parentesco con el estudiante
	Firma de padre/tutor, certificando que la información esta correcta	Fecha de hoy



Distrito Escolar Unificado de Jurupa
ESTUDIO DEL IDIOMA DEL HOGAR

Nombre del alumno: _____
Apellido Nombre(s) Año Escolar Fecha de Nacimiento

_____ # de identificación Escolar _____ Fecha

_____ Nombre del último distrito y escuela donde asistió _____ Escuela Asignada Actualmente

_____ País de Origen _____ Maestro/a Asignado Actualmente

_____ Fecha de entrada a los EE.UU. (si se aplica) _____ Fecha de entrada a CA (si se aplica)

El Código de Educación de California requiere que las escuelas determinen el idioma que se habla en el hogar de cada estudiante. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proporcionar instrucción significativa a todos los alumnos.

Le pedimos que nos ayude a cumplir con este requisito importante. Por favor conteste las siguientes preguntas y devuelva este formulario con su hijo(a) a su maestro(a). Gracias por su ayuda.

1. Cuando su hijo(a) empezó a hablar, ¿cuál idioma aprendió primero? _____
2. ¿Cuál idioma usa principalmente su hijo(a) cuando conversa en la casa? _____
3. ¿Cuál idioma usa usted con más frecuencia cuando habla con su hijo(a)? _____
4. ¿Cuál(es) idioma(s) hablan **los adultos** en la casa? _____

_____ Firma del padre/tutor _____ Número de Teléfono

Esta forma tiene que estar llena *completamente*.



Jurupa Unified School District
Head Start/State Preschool/Title I

Date/Fecha: _____

- I am opting in for the Preschool Program to contact me via text and/or email. *Me apunto para que el programa de Head Start se contacte conmigo por mensaje de texto o correo electrónico.*

Cell Phone Number: _____
Número de teléfono celular

Alternative Number: _____
Número secundario

Email: _____

- I am opting out for the Preschool Program to contact me via text and/or email. *Opto no apuntarme para que el programa de preescolar se contacte conmigo por mensaje de texto o correo electrónico.*

Child's Name/ Nombre del niño/a: _____

Parent's Name/Nombre del padre/tutor: _____

Parent's Signature/Firma del padre/tutor: _____



Jurupa Unified School District
 Education Services
 Head Start/State Preschool/Title I
Parent Interest and Volunteer Survey
Encuesta de Interés de Padres y Voluntarios

_____ 1 2 AM PM FD
 Child's Name/Nombre del niño Site/Escuela:

Parent Name/Nombre del padre: _____ Date/Fecha: _____

Please let us know what training topics and volunteer opportunities you are interested in/Por favor déjenos saber cuáles temas de capacitación y oportunidades de voluntariado le interesan:

Classroom Volunteer / Voluntario en el salón:

I can help in the classroom with/Yo puedo ayudar en el salón:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Storytelling/A contar cuentos | <input type="checkbox"/> Reading to children/Leerle a los niños/as |
| <input type="checkbox"/> Art projects/Con proyectos de arte | <input type="checkbox"/> Music (singing, dancing, musical instruments)
Música (cantar, bailar, instrumentos musicales) |
| <input type="checkbox"/> Special projects/ Con proyectos especiales | <input type="checkbox"/> Preparing materials/Preparando materiales |
| <input type="checkbox"/> Helping at mealtimes/A la hora de los alimentos | <input type="checkbox"/> Lending library/En la biblioteca de prestamos |
| <input type="checkbox"/> Translation/Con traducciones | <input type="checkbox"/> Food experience/Con proyectos de cocina |
| <input type="checkbox"/> Small group activities/Con actividades con grupos pequeños | <input type="checkbox"/> Playground helper/En el patio de recreo |
| <input type="checkbox"/> Sharing family tradition/Culture/Language/
Compartir tradiciones familiares/cultura/idioma | |
| <input type="checkbox"/> Other skills/talents/Otros talentos/destrezas _____ | |

Home Volunteer / Voluntario en casa:

I can help at home with school activities by / Yo puedo ayudar en casa con las actividades en la clase al:

- Preparing materials (sorting, cutting, and/or drawing items for classroom activities)
Preparar materiales (separar, recortar y/o dibujar objetos para actividades en el salón)
- Collecting items for art projects (i.e., cereal boxes, egg cartons)
Reunir objetos para proyectos de arte (cajas de cereal, cartones de los huevos)
- Special project preparation/Preparar proyectos especiales
- Other skills/talents/Otros talentos: _____

Parent Committee/Representante del Comité de Padres o del Consejo de Políticas:

I am interested in the following leadership role on the Parent Committee:

Yo estoy interesado/a en las siguientes funciones de liderazgo en el Consejo de Políticas:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chairperson/President | <input type="checkbox"/> Vice Chairperson/Vicepresidente |
| <input type="checkbox"/> Treasurer/Tesorero | <input type="checkbox"/> Secretary/Secretario/a |
| <input type="checkbox"/> Parent Advisory Committee Site Representative/Representante del plantel ante el Consejo de Padres | |
| <input type="checkbox"/> Parent Advisory Committee Site Alternate Representative/Suplente del representante del Consejo de Padres | |

I am available on the following mornings/Estoy disponible los siguientes días, por la mañana:

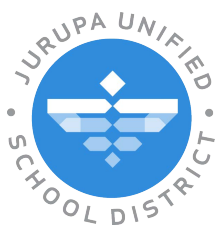
- Monday/Lunes Tuesday/Martes Wednesday/Miércoles Thursday/Jueves Friday/Viernes

Training Topics/Temas:

I am interested in obtaining more information/training on the following

Estoy interesado/a en obtener más información o entrenamiento en los siguientes:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Literacy/Alfabetización | <input type="checkbox"/> Positive Discipline/Disciplina positiva |
| <input type="checkbox"/> School Readiness/Preparación para la escuela | <input type="checkbox"/> Health & Nutrition/Salud y nutrición |
| <input type="checkbox"/> Child Abuse Prevention/Prevención del abuso infantil | <input type="checkbox"/> Emotional Wellness/Bienestar emocional |
| <input type="checkbox"/> Financial / Finanzas | <input type="checkbox"/> Other Topics/Otros temas: _____ |
| <input type="checkbox"/> Child Growth & Development/Crecimiento y desarrollo infantil | _____ |
| <input type="checkbox"/> Volunteer Training/Capacitación para ser voluntario/a | _____ |
| <input type="checkbox"/> First Aid/Primeros auxilios | _____ |
| <input type="checkbox"/> Disaster Preparedness/Preparación para casos de desastre | |



Jurupa Unified School District

Antecedentes del desarrollo y de la salud

Nombre del niño: _____ Fec. Nac.: _____

Antecedentes de salud (las condiciones indicadas pudieran ameritar un plan de cuidado)	Sí	No	De ser así, favor de explicar.
1. ¿Padece el niño de alergias? a. Cuando come ciertos alimentos..... b. Cuando está cerca de animales, pieles, insectos, polvo, etc.. c. Cuando toma ciertos medicamentos.....	_____ _____ _____	_____ _____ _____	Describe la alergia: _____ Reacción del niño: _____ ¿Necesita medicamento? _____ ¿Cómo se llama el medicamento? _____
2. En este año pasado, ¿tuvo su niño convulsiones o ataques?	_____	_____	De ser así, ¿cuándo fue la última vez que le dieron? ¿Qué medicamento se le dio?
3. ¿Está el niño bajo tratamiento médico por algún padecimiento (asma, diabetes, enfermedad del corazón etc.)?	_____	_____	De ser así, ¿para qué padecimiento? Nombre del médico: _____
4. ¿Está el niño tomando medicamento en este momento? ¿Tendrá el personal que darle algún medicamento? (De ser así, amerita un plan un plan de cuidado)	_____ _____	_____	De ser así, ¿qué medicamento toma?
Hitos del desarrollo	No	Sí	De no ser así, favor de explicar o describir
5. ¿Caminó su niño por sí solo entre los 9 meses y los 14 meses de edad? () No aplica. El niño tiene menos de 9 meses de edad.	_____	_____	
6. ¿Dijo el niño sus primeras palabras entre los 12 meses y los 26 meses de edad? () No aplica. El niño tiene menos de 12 meses de edad.	_____	_____	
7. ¿Muestra su niño el interés de jugar con otros niños? () No aplica. El niño tiene menos de 18 meses de edad.	_____	_____	
8. Con supervisión, ¿puede su niño usar el baño por sí solo? () No aplica. El niño tiene menos de 36 meses de edad.	_____	_____	
9. Con ayuda mínima de un adulto, ¿puede su niño vestirse por sí solo? () No aplica. El niño tiene menos de 36 meses de edad.	_____	_____	
10. ¿Cree usted que su niño se está desarrollando aproximadamente al mismo ritmo que otros niños de su edad?	_____	_____	
Desarrollo socioemocional	Sí	No	De ser así, favor de explicar o describir
11. ¿Considera que su niño es tímido?	_____	_____	
12. ¿Alguna vez ha lastimado su niño a alguna mascota a propósito?	_____	_____	
13. ¿Tiene su niño miedos o temores?	_____	_____	
14. ¿Es su niño demasiado sensible, (llora con facilidad o se molesta con facilidad)?	_____	_____	
15. ¿Golpea, pateo o tira cosas su niño cuando está molesto?	_____	_____	
16. ¿Hay alguna otra cosa que le gustaría contarnos de su niño?	_____	_____	

Firma del padre: _____ Fecha: _____

PARA USO DE LA OFICINA ÚNICAMENTE

Comentarios: _____



DISTRITO UNIFICADO ESCOLAR DE JURUPA
Head Start/Preescolar Estatal/Título I
Historial Alimenticio

Nombre del alumno: _____ Fec. Nac: _____ M F

Nombre del padre o tutor: _____ Núm. de teléfono: _____

La nutrición es una parte muy importante de nuestro programa. Le pedimos que conteste las siguientes preguntas para conocer el patrón alimenticio de su niño y poder así satisfacer sus necesidades nutricionales. Pudiera necesitar documentación adicional, como información médica o plan de cuidado de su médico antes del primer día de clases de su niño. Puede obtener estos formularios por medio del personal del plantel.

1. En este momento, ¿es su niño alérgico o tiene intolerancia a algún alimento o leche? Sí No *Si la respuesta es "Sí", necesita comprobante médico. ¿Qué alimentos deben eliminarse?*

2. En este momento, ¿lleva su niño alguna dieta especial? Sí No *Si la respuesta es "Sí", necesita comprobante médico. ¿Qué alimentos deben eliminarse?*

3. ¿Es necesario el medicamento en la escuela? Sí No *Si la respuesta es "Sí", necesita comprobante médico.*

4. ¿Tiene su niño problemas al masticar o deglutir (pasar)? Sí No

Si la respuesta es "Sí", explique: _____

5. ¿Participa su niño actualmente en el programa para Mujeres, Infantes y Niños (WIC)? Sí No

6. ¿Está su familia actualmente recibiendo el Programa de Ayuda Suplementaria de Nutrición (SNAP)? Sí No

7. ¿A qué hora del día toma su niño los siguientes alimentos o refrigerios?

Comida	¿Cuántos días por semana?	Horario	Comida	¿Cuántos días por semana?	Horario
Desayuno	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7		Refrigerios por la mañana	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	
Almuerzo	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7		Refrigerios por la tarde	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	
Cena	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7		Refrigerios antes de acostarse	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7	

8. ¿Qué alimentos le gustan a su niño?

9. ¿Qué alimentos le disgustan a su niño?

10. ¿Cuánta agua toma su niño a diario? (circule) 1 taza 2 tazas 3 tazas 4 tazas 5 tazas 6 tazas 7 tazas 8 tazas

11. ¿Toma su niño algún suplemento vitamínico o mineral? Sí No *Si la respuesta es "Sí", ¿qué tipo?* _____

12. ¿Come su niño tierra, barro u otras cosas que no sean alimentos? Sí No *Si la respuesta es "Sí", explique:*

13. ¿Toma su niño biberón o botella? Sí No

14. ¿Tiene alguna otra preocupación acerca del crecimiento de su hijo, su nutrición, o su alimentación? Yes No

Si la respuesta es "Sí", explique: _____



Jurupa Unified School District
Head Start/State Preschool/Title I

Consentimiento para evaluaciones y tratamiento

Nombre del niño: _____ Fec. Nac: _____

Bienvenido al programa de preescolar del distrito escolar unificado de Jurupa:

Para asegurar que todos los niños matriculados estén listos para aprender en el programa preescolar, el programa exige que a todos los niños se les hagan las siguientes evaluaciones de salud y desarrollo dentro de los primeros 45 días. Los resultados se compartirán con los padres/tutores y si es necesario darles seguimiento, el padre/tutor será responsable de asegurar que se termine el tratamiento. Se les proporcionará a los padres/tutores el formulario necesario para cada evaluación, cuya completación por el proveedor es requerida, una vez terminado el tratamiento.

Evaluaciones y tratamientos:

- Evaluación dental (dientes)
Evaluación auditiva (oídos)
Evaluación de la vista (ojos)
Peso y estatura
Evaluación del desarrollo (aprendizaje)

Firma del padre/tutor

Fecha

Declaración de rehuso de evaluaciones

Por favor no lleven a cabo las siguientes evaluaciones a mi hijo:

Entiendo que si rehusó alguna evaluación, yo debo proporcionar documentación de que ya se ha completado.

Firma del padre/tutor

Fecha

¿Se han recibido documentos de evaluaciones? Sí No

Consentimiento para la aplicación de fluoruro

Con la supervisión de un dentista, a los participantes se les aplicará un barniz de fluoruro que servirá de capa protectora para prevenir las caries.

- Yo deseo que a mi niño se le aplique barniz de fluoruro una sola vez.
Yo no deseo que a mi niño se le aplique barniz de fluoruro.

Firma del padre/tutor

Fecha



**Distrito Escolar Unificado de Jurupa
Head Start/Preescolar Estatal/Título 1**

Acuerdo del Examen del Físico

Nombre del niño: _____

Se requiere de todos los niños inscritos y participando en el programa preescolar del distrito escolar unificado de Jurupa obtener un examen del físico completo realizado dentro de un año antes de entrar al programa, o dentro de 30 días de la fecha de entrada. Resultados de prueba de anemia y de nivel de plomo en la sangre deben presentarse dentro de 45 días de la fecha de entrada. Las vacunas deben estar actualizadas antes de ingresar al programa. Si no tiene su propio médico le podemos proporcionar una lista de proveedores locales de servicios de salud.

My hijo ha recibido un examen del físico durante el último año.

Entiendo que debo entregar una copia.

Fecha del último examen: _____ Nombre del doctor: _____

Mi hijo no ha recibido un examen del físico en el año pasado. Voy a hacer una cita.

Yo entiendo que mi hijo está obligado por las normas del programa presentar **resultados del nivel de plomo en la sangre y de hemoglobina/hematocrito (sangre) dentro de 45 días** de la fecha de entrada y un **examen del físico actual dentro de 30 días** de la fecha de entrada. Comprendo que al no presentar estos datos la inscripción de mi hijo en el programa podrá ser cancelada.

Entiendo que los resultados del examen del físico y de anemia son válidos por un año. Un nuevo examen del físico y nuevos resultados de anemia deben presentarse cuando o antes de que se venzan.

*Si el médico ha ordenado medicamento, dicho medicamento DEBE proporcionarse y un plan de asistencia debe completarse y devolverse a School Readiness Center antes de la entrada a clase.

*Si el médico confirma que el niño requiere un alimento especial o adaptación especial debido a una alergia y/o intolerancia, **debe** completarse y devolverse a School Readiness Center una solicitud (**Medical Statement to Request Special Meals and/or Accommodations**) pidiendo estas adaptaciones antes de la entrada a clase.

Firma – padre/guardián legal

Fecha



CONSENTIMIENTO PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA Y DE EDUCACIÓN

Nombre del estudiante/paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

_____ Número de teléfono: _____

Autorizo al proveedor de atención médica de mi hijo que intercambie con el/la profesional médica escolar información médica y de educación para las razones en la sección que sigue.

Proveedor de atención médica de mi hijo	Proveedor de atención médica escolar de JUSD
Consultorio medico	Enfermera
Consultorio dental	Consultor de discapacidades
Salud Mental	Consultor de salud mental
Nutricionista	Nutricionista
	Dentista
	Departamento de Educación Especial de JUSD

Explicación: Datos médicos siendo compartidos

El personal docente podrá compartir información médica y educacional protegida con los miembros correspondientes del equipo educacional para atender a las necesidades educacionales y de salud del estudiante. Esto ocurrirá solo en la medida en que se necesite y de manera confidencial, y podría también incluir la comunicación entre el proveedor de atención médica con el profesional médico escolar para facilitar este proceso.

Propósito: Esta información servirá para las razones enumeradas en seguida:

1. Evaluación educacional y planificación y supervisión del programa
2. Adquisición de documentos médicos necesarios (exámenes del físico, resultados de laboratorio, vacunas)
3. Evaluación medica y preparación para servicios y tratamientos médicos en la escuela
4. Evaluación médica y tratamiento

Autorización

Doy consentimiento para el intercambio o divulgación de la información médica y de educación de mi hijo para el uso detallado arriba. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación escrita retirando el consentimiento. Reconozco que los expedientes médicos, una vez obtenidos por el distrito escolar, dejan de ser protegidos por la norma de privacidad de HIPPA (Ley de Privacidad y Portabilidad de Seguro Médico), pero pasan a ser expedientes de educación protegidos por el Acta de Derechos Educacionales y de Privacidad de la Familia. También comprendo que si rehuso firmar, dicha negativa no interferirá con la posibilidad que mi hijo obtenga cuidado médico o educación.

Firma de persona dando consentimiento Relación con el estudiante Fecha