



Distrito Escolar Unificado de Jurupa Preescolar de Head Start/estado/título I

Requisitos de la certificación de elegibilidad

Estimado padre/tutor:

Gracias por su interés en el Programa de Head Start/Preescolar. Adjunto encontrara los formularios de registro que son requeridos. Por favor de completar los formularios adjuntos y tráigalos con usted a su cita de inscripción. Al completar los formularios, por favor de asegurar de completar todas las áreas. Los formularios que están incompletas retrasaran su cita y puede retrasar la inscripción de su hijo.

Para asegurarse de que usted este preparado para completar el proceso de registro, recopile la documentación requerida como se indica a continuación y téngalos disponibles para enviarla al Centro de Preescolar junto con los formularios de registro requeridos. Si tiene preguntas sobre cualquier de los documentos y/o formularios requeridos, llámenos a 951-222-7850 o puede contactarnos por correo electrónico src@jusd.k12.ca.us.

Las familias inscritas en el programa son basadas según la elegibilidad de la siguiente manera:

Elegibilidad de Ingresos:

Los ingresos anuales brutos de la familia deben estar al límite o debajo de las guías federales de pobreza. Niños con un Programa Educativo Individualizado (IEP) vigente podrían ser elegibles para una exención por estar sobre los ingresos requeridos (limitado al 10% de la matrícula del programa).

Elegibilidad Categórica:

Una familia puede ser elegible en cualquier de las siguientes categorías, a pesar de sus ingresos brutos:

- El solicitante está en cuidado de 24 horas fuera del hogar o en acogida temporal.
- La familia está recibiendo asistencia monetaria CalWORKS continua
- Un familiar está viviendo con y siendo mantenido por la cabeza del hogar de la familia del solicitante y recibiendo beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).
- La familia está sin hogar como definido por la Ley de Asistencia A Personas Sin Hogar McKinney -Vento.

Head Start: Se da prioridad a los niños de cuatro años de edad que residen dentro de los límites del Distrito Escolar Unificado de Jurupa

Estado preescolar: primera prioridad se da a tres o cuatro años los niños que están bajo los servicios de protección infantil o en riesgo. Segunda prioridad de ingresos elegibles cuatro años con el ingreso más bajo de clasificación basados en el programa de clasificación más reciente de ingresos. Los niños deben ser tres o cuatro años para 1 de septiembre del año escolar de matriculación.

Título 1: Se da prioridad a los niños de cuatro años de edad que residen dentro de los límites del Distrito Escolar Unificado de Jurupa con los ingresos más bajo. Los niños deben ser cuatro años de edad por septiembre 1st del año escolar de matriculación

NO se incluye transporte.

Verificación de residencia

- Se aceptará cualquier pieza de correo que muestra evidencia de un domicilio o una dirección de apartado de correos en California.
- Si no tiene hogar, necesitamos verificación de la falta de vivienda (si está disponible)

Verificación de las vacunas

Cualquiera de los siguientes es aceptable. El niño debe estar al día con los requisitos de inmunización basado en su edad.

- Registro de vacunación del doctor
- Tarjeta amarilla

Verificación del examen físico actual

El examen físico debe haberse completado en el último año. Documentación de un examen físico actual es necesaria sobre una base anual.

- Informe completo del médico que incluye
 - o Completa detección de evaluación de riesgo de TB
 - o Resultados de examen de sangre para anemia y plomo los niveles

Verificación de la identidad del padre o tutor

Cualquiera de los siguientes elementos (con foto):

- Licencia de conducir vigente
- Pasaporte
- Tarjeta de identificación actual

Verificación de edad y custodia legal – el niño debe cumplir 3 años para el 1º de septiembre y no ser elegible para kínder.

Cualquiera de los siguientes es aceptable. La verificación debe presentarse para cada niño del tamaño de la familia menor de 18 años.

- Certificado de nacimiento (original)
- Órdenes de la corte sobre custodia de los hijos
- Documentos de adopción
- Registros de colocación de cuidado adoptivo
- Escuela, médicos o registros de bienestar Condado (debe indicar la relación del niño a los padres)
- Pasaporte (se debe indicar la relación del niño a los padres)
- Otra documentación confiable que muestra la relación del niño a los padres

Verificación de ingresos – debe ser para los 12 meses anteriores y debe presentarse para todos los adultos incluidos en la familia.

Traer todos los elementos que se aplican:

- Más recientemente firmado W2 o declaración de impuestos federales
- Los más recientes talones de cheque (últimos 4) con una cantidad anual.
 - o Si recibe pago de horas extra, debe proveer los talones de cheque de 3 meses mas recientes.
 - o Si recibe comisiones o bonificaciones, debe proveer talones de cheque de 12 meses.
- Pasaporte de servicios del Departamento de Servicios Sociales Públicos (si está recibiendo asistencia monetaria CalWORKS [TANF])
- Incapacidad, desempleo o trabajador verificación de compensación
- Prueba de pensión alimenticia o manutención, se puede obtener en línea (www.childsup.ca.gov) o de servicios de manutención, 2041 Iowa Ave., Riverside, CA (prueba requerida en el registro)
- Documentación de las comisiones, bonificaciones, dividendos, interés o pensiones
- Verificación de pagos de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- Verificación de empleo por cuenta propia, incluyendo la letra de la fuente de ingresos, declaraciones de ganancias y pérdidas para los últimos 3 meses, tarjeta de visita y flyer
- SOLO para el Programa de día Completo** – Verificación de empleo a tiempo completo o escuela/entrenamiento a tiempo completo (se debe proporcionar para recibir la prioridad de todo el día).

Servicios de educación especial

- IEP actual (si corresponde)



Jurupa Unified School District
 5960 Mustang Lane
 Jurupa Valley, CA 92509
 951-222-7850

Elementary Sites Offering Head Start/State Preschool Classes
 Escuelas primarias que ofrecen Head Start/Preescolar

Effective January 13, 2021

Head Start Schools Escuelas con Head Start
Ina Arbuckle Elementary 3600 Packard Street Jurupa Valley, CA 92509
Pacific Avenue Elementary 6110 45 th Street Jurupa Valley, CA 92509
School Readiness Center 5960 Mustang Lane Jurupa Valley, CA 92509
Troth Street Elementary 5565 Troth Street Jurupa Valley, CA 91752
West Riverside Elementary 3972 Riverview Drive Jurupa Valley, CA 92509

Head Start Family Income Guidelines Pautas de ingresos familiar para Head Start	
Family Size	Annual Income
1	\$12,880
2	17,420
3	21,960
4	26,500
5	31,040
6	35,580
7	40,120
8	44,660
For families/households with more than 8 persons add \$4,540 for each additional person Para familias con más de 8 personas, agréguele \$4,540 por cada persona adicional	

State Preschools Preescolar Estatal
Mission Bell Elementary 4020 Conning Street Jurupa Valley, CA 92509
Rustic Lane Elementary 6420 Rustic Lane Jurupa Valley, CA 92509
Sky Country Elementary 5520 Lucretia Avenue Jurupa Valley, CA 91752
Sunnyslope Elementary 7050 38 th Street Jurupa Valley, CA 92509
Van Buren Elementary 9501 Jurupa Road Jurupa Valley, CA 92509

State Preschool Family Income Guidelines Pautas de ingresos familiar para Preescolar		
Family Size Miembros en la familia	Monthly Income Ingresos mensuales	Annual Income Ingresos anuales
1,2	5,540	66,479
3	6,157	73,885
4	7,069	84,822
5	8,199	98,393
6	9,330	111,965
7	9,542	114,509
8	9,755	117,054
9	9,967	119,598
10	10,179	122,143
11	10,391	124,687
12 or more/o mas	10,603	127,232

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	Nombre:			¿Vive con el estudiante? SI N	
	Tipo: Padre o Tutor		Parentesco:		Email:
Grado: Padre 2	Teléfono de Casa:			Teléfono de Empleo:	
	Domicilio:			Celular (txt Y/N):	
Grado: Contactos de emergencia	Lugar de Empleo/Ciudad:				
	Nombre:			¿Vive con el estudiante? SI N	
Grado: Padre 2	Tipo: Padre o Tutor		Parentesco:		Email:
	Teléfono de Casa:			Teléfono de Empleo:	
Grado: Contactos de emergencia	Domicilio:			Celular (txt Y/N):	
	Lugar de Empleo/Ciudad:				
Grado: Contactos de emergencia	Persona(s) Adicionales	Parentesco	Autorizada para recoger		Teléfono de Casa
			Sí No		
			Sí No		
			Sí No		
			Sí No		

Información de Salud del Estudiante

Mi niño/a tiene los siguientes datos de salud:

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

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

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

Centralized Complaint and Information Bureau

DIRECCIÓN

744 P Street

CIUDAD

Sacramento

CÓDIGO POSTAL

95814

AREA/NÚMERO DE TELÉFONO

(844) 538-8766

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)

Jurupa Unified School District

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO)

4850 Pedley Road, Jurupa Valley, CA 92509

(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: Centralized Complaint and Information Bureau
Dirección de la oficina de licenciamiento: 744 P Street, Sacramento, CA 95814
Número de teléfono de la oficina de licenciamiento: (844) 538-8766
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. Jurupa Unifies School District
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

Child's Name



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

PUBLICACIÓN DE FOTOGRAFÍA

El Departamento de Servicios Educativos de JUSD ocasionalmente tiene solicitudes de las agencias de noticias para fotografiar y / o grabar en video a los estudiantes por cuestiones relacionadas con la educación. JUSD Servicios de educaci3n tambi3n crea videos que pueden usar estudiantes para demostrar estrategias o pr3cticas educativas. En algunos casos, puede haber una necesidad de recopilar productos, fotos y / o v3deos ejemplares de los estudiantes en el aula o la biblioteca que se publican en el sitio web del JUSD o del maestro JUSD y / o se distribuyen a los maestros u otras instituciones educativas. Todas las im3genes y productos se utilizan 3nicamente con fines educativos y nunca se vender3n ni utilizar3n para ninguna empresa comercial.

Si por alguna raz3n no otorga permiso para usar la imagen de su hijo en publicaciones del distrito / escuela o de terceros y publica / distribuye el trabajo / producto de su hijo para fines educativos, comun3quese con el Centro de Preparaci3n Escolar para analizar si pueden realizarse ajustes razonables. requerido para las necesidades particulares de un estudiante.

Como parte del Programa Preescolar, la imagen de su hijo puede ser utilizada para la documentaci3n del sal3n de clase, proyectos de arte, exhibiciones, el sitio web del Distrito Escolar Unificado de Jurupa y materiales promocionales de la escuela.

I, _____, padre/guardi3n de _____
Imprimir nombre Nombre del estudiante

He le3do y entiendo la foto / comunicado de prensa.

Firma del padre/guardi3n: _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento del ni3o: _____



**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



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

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	Sí	No	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: _____

HISTORIAL DE LA SALUD DEL NIÑO PARA LA ADMISIÓN - REPORTE DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO

NOMBRE DEL NIÑO	SEXO M F	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO (#1)		¿VIVE EN EL HOGAR CON EL NIÑO? SÍ NO
NOMBRE DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO (#2)		¿VIVE EN EL HOGAR CON EL NIÑO? SÍ NO
¿ESTÁ / HA ESTADO EL NIÑO BAJO LA SUPERVISIÓN REGULAR DE UN MÉDICO? SÍ NO		FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO/MÉDICO

HISTORIAL DEL DESARROLLO *(*solamente para los bebés y niños de edad preescolar)*

EMPEZÓ A CAMINAR A LOS* _____ MESES	EMPEZÓ A HABLAR A LOS* _____ MESES	SE LE EMPEZÓ A ENSEÑAR CÓMO IR AL BAÑO A LOS* _____ MESES
--	---	--

ENFERMEDADES PREVIAS — Marque las enfermedades que el niño ha tenido y especifique las fechas aproximadas de ellas:

	FECHAS		FECHAS		FECHAS
<input type="checkbox"/> Varicela		<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Poliomielitis	
<input type="checkbox"/> Asma		<input type="checkbox"/> Epilepsia		<input type="checkbox"/> Sarampión de 10 días (Rubeola)	
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática		<input type="checkbox"/> Tos ferina		<input type="checkbox"/> Sarampión de 3 días (Rubella)	
<input type="checkbox"/> Fiebre del heno		<input type="checkbox"/> Paperas			

ESPECIFIQUE OTRAS ENFERMEDADES / ACCIDENTES SERIOS O GRAVES

¿TIENE EL NIÑO RESFRIADOS FRECUENTES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁNTOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	ANOTE CUALQUIER ALERGIA DE LA QUE EL PERSONAL DEBE ESTAR ENTERADO
---	-----------------------------------	---

RUTINA DIARIA DEL NIÑO (*solamente para los bebés y niños de edad preescolar)

¿A QUÉ HORA SE LEVANTA?*	¿A QUÉ HORA SE ACUESTA?*	¿DUERME BIEN?*	
¿DUERME DURANTE EL DÍA?*	¿CUÁNDO?*	¿POR CUÁNTO TIEMPO?*	
SÍ NO			
DIETA: (¿Qué suele comer el niño para estas comidas?)	DESAYUNO		
	ALMUERZO		
	CENA		
¿A QUÉ HORA SUELE COMER ESTAS COMIDAS?	DESAYUNO		
	ALMUERZO		
	CENA		
¿HAY ALIMENTOS QUE NO LE GUSTEN COMER?		¿TIENE ALGÚN PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN?	
¿SABE CÓMO IR AL BAÑO?*	SI DIJO «SÍ», ¿EN QUE ETAPA ESTÁ?*	¿TIENE EVACUACIONES INTESTINALES REGULARES?*	¿CUÁL ES LA HORA USUAL?*
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿QUÉ TÉRMINO SE USA PARA «EVACUACIÓN INTESTINAL»?*		¿QUÉ TÉRMINO SE USA PARA «ORINAR»?*	

EVALUACIÓN DE LA SALUD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO

¿ESTÁ EL NIÑO ACTUALMENTE BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI DIJO «SÍ», NOMBRE DEL MÉDICO:	¿ESTÁ TOMANDO EL NIÑO MEDICAMENTO(S) RECETADO(S)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI DIJO «SÍ», ANOTE LA CLASE Y EFECTOS SECUNDARIOS:
¿USA EL NIÑO ALGÚN APARATO(S) ESPECIAL? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI DIJO «SÍ», ANOTE LA CLASE:	¿USA EL NIÑO ALGÚN APARATO(S) ESPECIAL EN SU HOGAR? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI DIJO «SÍ», ANOTE LA CLASE:

EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO

¿CÓMO CONVIVE EL NIÑO CON SU PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO, HERMANOS Y OTROS NIÑOS?

¿HA TENIDO EL NIÑO EXPERIENCIAS EN RELACIÓN CON JUEGOS EN GRUPO?

¿TIENE EL NIÑO ALGÚN PROBLEMA / TEMOR / NECESIDADES ESPECIALES? (EXPLIQUE).

¿CUÁL ES EL PLAN PARA EL CUIDADO DEL NIÑO CUANDO ESTÉ ENFERMO?

RAZÓN PARA SOLICITAR LA COLOCACIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO PARA EL CUIDADO DE NIÑOS

FIRMA DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA



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			Refrigerios por la mañana		
Almuerzo			Refrigerios por la tarde		
Cena			Refrigerios antes de acostarse		

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 1

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 compleción por el proveedor es **requerida**, una vez terminado el tratamiento.

Evaluaciones y tratamientos:

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

Firma del padre/tutor

Fecha

Declaración de rehusos de evaluaciones

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

Entiendo que si rehusos 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 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.

<p style="text-align: center;">Proveedor de atención médica de mi hijo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li style="text-align: center;">Consultorio medico <li style="text-align: center;">Consultorio dental <li style="text-align: center;">Salud Mental <li style="text-align: center;">Nutricionista 	<p style="text-align: center;">Proveedor de atención médica escolar de JUSD</p> <ul style="list-style-type: none"> <li style="text-align: center;">Enfermera <li style="text-align: center;">Consultor de discapacidades <li style="text-align: center;">Consultor de salud mental <li style="text-align: center;">Nutricionista <li style="text-align: center;">Dentista <li style="text-align: center;">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 Educativos y de Privacidad de la Familia. También comprendo que si rehúso 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



Head Start Política de asistencia

Deseamos dar énfasis a lo que significa la asistencia diaria y las consecuencias negativas del absentismo crónico (la falta del 10 por ciento o más de días de clases que equivale a menos de dos días por mes) para su niño.

Entre los resultados de investigaciones realizadas se incluye lo siguiente:

- El 43.9% de los niños de Head Start en el Condado de Riverside mostró patrones de absentismo crónico durante el año escolar 2016-17.
- Los estudiantes con patrones de absentismo crónico tienen dos meses menos de progreso en matemáticas y tres meses menos en lectoescritura.
- Los estudiantes con patrones de absentismo crónico en el preescolar tienen cinco veces más de probabilidad de mostrar patrones de absentismo crónico en 2º grado.
- Los niños de hogares de bajos recursos tienen cuatro veces más de probabilidad de mostrar patrones de absentismo crónico.
- El absentismo crónico en los primeros años de escuela predice con firmeza el absentismo futuro y el fracaso escolar.
- Los padres no están conscientes de los efectos negativos del absentismo y de lo rápido que puede llevar a problemas en los primeros años de escuela.
- Los padres que creen que la asistencia regular al preescolar es importante, tienen niños con mejor asistencia.

Por los motivos antes citados, la asistencia diaria, Todo el Día, Todos los Días, es un requisito de inscripción en el programa. Con esto en mente:

- Se espera que cada estudiante asista cuando menos el 90 por ciento del tiempo (esto significa un promedio de menos de dos faltas por mes).
- Cuando un estudiante falte, los padres o tutores deben llamar a la oficina de la escuela a más tardar una hora después del inicio de clases para informar de la falta.
- El programa se comunicará con la familia en cualquier momento que un estudiante tenga dos o más faltas consecutivas sin explicación o injustificadas.

Absentismo crónico y seguimiento de asistencia

El absentismo crónico se define como el exceso de faltas en general del 10 por ciento o más de días de clases durante la inscripción del estudiante (por ejemplo, cuando un estudiante asiste menos del 90 por ciento del tiempo). El programa expedirá avisos por el absentismo crónico que pudiera necesitar planes de asistencia por escrito, un plan de alianza con la familia en un esfuerzo por ayudar a las familias a mejorar la asistencia del estudiante. Como parte de los esfuerzos de acercamiento, el programa también pudiera hacer visitas al hogar en conexión con las notificaciones por escrito y otras formas de contacto directo.

Si a pesar del mejor esfuerzo del programa para ayudar a la familia no mejora la asistencia del estudiante, pudiera dars un cambio de programa o de alguna manera poner en riesgo la participación en el programa.

Faltas consideradas como justificadas (pudiera solicitarse verificación)	
Enfermedad del estudiante o de los padres	Emergencia de la familia
Fallecimiento en la familia inmediata	Comparecencia ante un tribunal o visita ordenada por
Cita médica o dental del niño	CaWORKS, WIC, Seguro Social, Medi-Cal
Faltas prolongadas debido a emergencias médicas del niño o de los padres (debe solicitarse por escrito, por adelantado, con la documentación apropiada y aprobada por la administración del programa).	
Cualquier otra falta se considera injustificada.	

Yo, _____ recibí, entendí y cumpliré con la política básica de asistencia del programa de Head Start.

Nombre del niño

Firma del Padre/Tutor/Proveedor de Cuidado

Fecha



State Preschool / Title 1 Política de asistencia

La asistencia diaria es esencial para el crecimiento y desarrollo de su hijo y su éxito en el Programa Preescolar. Un niño debe estar en la escuela todos los días para proporcionar continuidad de aprendizaje y para recibir el mayor beneficio del programa.

La tardanza, la asistencia irregular y / o el ausentismo excesivo pueden resultar en la terminación de su hijo en el Programa Preescolar. No se proporciona transporte hacia o desde nuestros Programas preescolares. Los padres / tutores que necesiten transporte recibirán información sobre las opciones de transporte público con tras su petición.

Procedimientos de Asistencia

Si un niño estará ausente, el padre / tutor debe llamar al Centro de Preparación Escolar el PRIMER día de la ausencia y todos los días a partir de entonces que el niño no regresará. A su regreso, el padre / tutor debe indicar el motivo de la ausencia en la Hoja de Registro a la entrada/salida y firmar cada razón con su firma legal completa. Ausentismo excesivo (10 o más ausencias injustificadas en un año del programa) o asistencia irregular (5 ausencias injustificadas consecutivas) pueden resultar en la terminación del Programa Preescolar.

Tipos de Ausencias

- **Ausencia Justificada:** es cualquier enfermedad o cuarentena del niño o padre, citas médicas / dentales para el padre o hijo, emergencia familiar, muerte en la familia, audiencia en la corte, visitas ordenadas por la corte o una razón que claramente es en el mejor interés de la niño (vea el día de mejor interés). Si su hijo pierde tres o más días consecutivos, deberá traer una nota del médico que muestre un comunicado para regresar a la escuela.
- **Día del mejor interés:** es una visita con un miembro de la familia, una necesidad de estar con los padres por un día, actividades religiosas o unas vacaciones. Hay un límite de diez (10) días de mejor interés por año escolar.
- **Emergencia familiar:** es una muerte en la familia, enfermedad de un familiar inmediato, crisis en el hogar, condiciones climáticas, aparición en el tribunal requerida, falta de transporte, cambio de residencia; cita con una agencia pública.
- **Ausencia injustificada:** es cualquier ausencia no definida en ausencia justificada, días de mejor interés o emergencia familiar. Algunos ejemplos: estar levantados en la noche hasta tarde (padre o hijo), el niño no tuvo ganas de venir, etc. La inscripción en el programa puede finalizar si las ausencias injustificadas de su hijo superan los diez (10) días por año escolar.

Política De Dejar/Levantar Tarde

Padres/guardián debe observar las horas de inicio y finalización de la clase para asegurarse de que puedan dejar y recoger a su hijo a tiempo.

Para que su hijo se beneficie completamente del programa preescolar, deje a su hijo inmediatamente al comienzo de la clase y recójalo a tiempo. Por favor notifique al maestro/ en la clase si sabe que llegará tarde o recogerá a su hijo. Los niños que llegan tarde a la clase o que no son recogidos a la hora de finalización programada de la clase recibirán un Aviso de Retraso/Retiro Tardío Tres notificaciones tardías requerirán que los padres/guardián se reúnan con los Especialistas en Infancia Temprana o el Coordinador de Educación Infantil Temprana. Recolecciones tardías excesivas pueden resultar en la terminación del programa preescolar.

Para los niños que asisten más de 15 minutos después del final de la clase, se intentará contactar a los padres guardián y otras personas que figuran en el Formulario de información de emergencia.

Yo, _____
Nombre del Padre/Madre

he leído, entiendo y cumpliré con la Política de identificación del Estado
y Título 1 del programa preescolar.

Nombre del niño/a

Firma del padre/madre

Fecha



AUTORIZACIÓN PARA EL USO Ó LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE PARA Y DEPARTE DE AGENCIAS PREESCOLARES

El completar este documento autoriza la divulgación y/o el uso de información de estudiante personalmente identificable entre el preescolar de su hijo/a, la Oficina de Educación del Condado de Riverside y Primeros 5 de Riverside, como esta descrito abajo, consistente con California y las leyes Federales concerniente a la privacidad de dicha información. Si usted esta de acuerdo con la divulgación de información descrita en este documento, firme y regrese esta forma a:

JUSD Pre-K School Readiness Center, 5960 Mustang Lane, Jurupa Valley, CA 92509

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACION RELACIONADA CON:

Nombre del estudiante:

Apellido

Primer Nombre

Inicial

Fecha de nacimiento

Yo, el suscrito, por la presente autorizo al preescolar del estudiante nombrado arriba, **JUSD Pre-K School Readiness Center**, la Oficina de Educación del Condado de Riverside y/o Primeros 5 de Riverside, para proveer información referente al estudiante nombrado arriba con Departamento de Educación de California Primeros 5 de California. La información es intercambiada para el propósito de la evaluación del programa y del preescolar, programación y planeamiento de servicios. El intercambio de información es una condición para que el financiamiento del programa preescolar sea provisto a la Oficina de Educación del Condado de Riverside y/o Primeros 5 de Riverside. La información será intercambiada entre el preescolar de su hijo/a, la Oficina de Educación del Condado de Riverside y Primeros 5 de Riverside con el propósito de proveer un ambiente educativo seguro, apropiado, y menos restrictivo y apoyo de salud como parte del preescolar de calidad.

La información requerida está limitada a lo siguiente: El origen étnico, idioma primario y los resultados de encuestas de desarrollo de su hijo/a tales como: el ASQ-3 y ASQ-SE / la Evaluación del desarrollo: DRDP-PS / Necesidades Especiales (IEP).

VENCIMIENTO

Esta autorización será efectiva inmediatamente y se mantendrá en efecto hasta elInstert language.

RESTRICCIONES EN RE-DIVULGACIÓN

La ley de California prohíbe al solicitante divulgar la información mas allá de lo acordado o la divulgación adicional de información privada a un tercer partido a menos que el solicitante obtenga otra forma de autorización de su parte o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

SUS DERECHOS

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a esta autorización y afirma entenderlos al firmar esta forma de consentimiento. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento sometiendo una revocación por escrito, firmada por usted o por su representante, y enviada a la agencia(s)/personal mencionados arriba. Su revocación entrará en efecto en cuanto sea recibida pero no aplicará a la información que ya se ha dado a conocer en respuesta a esta autorización. Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

Es necesario firmar esta autorización para que el estudiante pueda recibir servicios apropiados/especializados adicionales en el ambiente educativo.

Aprobación:

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha

Relación de parentesco con el estudiante

Área y número de teléfono



Encuesta de interés de capacitación para voluntarios

Nombre del niño: _____ Plantel: _____

Por favor infórmenos sobre las oportunidades de voluntariado que le interesan.

Voluntario en el salón o plantel escolar:

Yo puedo ayudar de voluntario en lo siguiente:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> A contar cuentos a los niños | <input type="checkbox"/> A leerles a los niños | <input type="checkbox"/> Con actividades en grupo pequeño |
| <input type="checkbox"/> Con proyectos de arte | <input type="checkbox"/> Con la música (cantar, bailar, instrumentos musicales) | <input type="checkbox"/> Con proyectos de cocina |
| <input type="checkbox"/> Con la jardinería | <input type="checkbox"/> Con la biblioteca de préstamo | <input type="checkbox"/> A preparar material |
| <input type="checkbox"/> A la hora de los alimentos | <input type="checkbox"/> Con proyectos especiales | <input type="checkbox"/> En el patio de recreo |
| <input type="checkbox"/> Con la limpieza del interior y exterior | <input type="checkbox"/> Como escribano durante reuniones | <input type="checkbox"/> A compartir tradiciones, cultura o idioma de la familia |
| <input type="checkbox"/> Con traducción o como intérprete | | <input type="checkbox"/> Actividades de participación de padres del plan de estudio |
| <input type="checkbox"/> En el consejo de políticas | | |
| <input type="checkbox"/> Otra capacidad: _____ | | |

Actividades de voluntario en casa:

Yo puedo ayudar en mi hogar con las actividades de la escuela en lo siguiente:

- Preparar material (separar, recortar o dibujar objetos para las lecciones)
- Reunir objetos para proyectos de arte (como cajas de cereal o cartón)
- Otras destrezas o talentos: _____

Capacitaciones:

Por favor indique cuáles de los siguientes temas le interesarían si se ofreciera capacitación:

Participación y educación de padres

- Destrezas de crianza
- Padres de familia como maestros
- Conocimiento de finanzas y administración de presupuesto
- Destrezas laborales y capacitación
- Estrés y administración del tiempo
- Voluntariado
- Apoyo a niños con discapacidades
- Inmigración y servicios legales
- Educación para adultos
- Recursos y Actividades para la comunidad
- Consejería de matrimonio y familiar

Crecimiento y desarrollo infantil

- Desarrollo del cerebro
- Metas del desarrollo
- Lenguaje y lectoescritura
- Desarrollo socioemocional
- Preparación para la escuela
- Transición al kínder
- Manejo de comportamiento desafiante
- Disciplina positiva
- Otro: _____

Salud y seguridad

- Educación de salud
- La nutrición y actividades físicas
- Seguridad infantil y peatonal
- Preparación para desastres y emergencias
- Prevención de abuso infantil
- Acceso a cuidados de salud y seguros médicos
- Educación de cuidado oral y dental
- Comprensión del temperamento de padres e hijos

Yo, _____ reconozco que el programa ofrece una variedad de oportunidades para que mi familia participe y se integre al aprendizaje y desarrollo de mi hijo.

Firma del padre de familia o tutor: _____ Fecha: _____



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

Recibo de Padre de la Información del Programa

Nombre del Niño : _____

Manual para Padres

<https://jurupausd.org/schools/PreSchool/Pages/Web%20Resources.aspx>

He revisado en línea el Manual familiar del Distrito Escolar Unificado de Jurupa para el programa de Head Start, Preescolar Estatal o Preescolar Titulo 1 en el que esta inscrito mi niño.

_____ (Iniciales de Padre)

Manual de Padres de la Oficina de Educación del Condado de Riverside (Solo Van Buren PM and Sky Country)

<https://jurupausd.org/schools/PreSchool/Pages/Web%20Resources.aspx>

He revisado en línea el Manual de Padres de la Oficina de Educación del Condado de Riverside para el Programa de Preescolar del Estado en el que está escrito mi hijo. Van Buren (Solo PM) o Sky Country.

_____ (Iniciales de Padre)

Folleto de Exposición al Plomo

https://www.cdph.ca.gov/Programs/CCDC/DEOD/CLPPB/CDPH%20Document%20Library/ProtectYourChild_En_Spanish.pdf

He recibido una copia (o revisado en línea) de los Efectos de la Exposición al Plomo.

_____ (Iniciales de Padre)

Procedimiento Uniforme de Quejas del JUSD

<https://jurupausd.org/schools/PreSchool/Documents/Enrollment/JUSD%20Uniform%20Complaint%20Procedure-Spanish.pdf>

He revisado el Procedimiento Uniforme de Quejas ubicado en el Manual de Padres.

_____ (Iniciales de Padre)

Política de Puerta Abierta

<https://jurupausd.org/schools/PreSchool/Documents/Enrollment/JUSD%20Open%20Door%20Policy-Spanish.pdf>

He revisado la Política de Puerta Abiertas ubicado en el Manual para Padres.

_____ (Iniciales de Padre)

***Se requiere al menos una firma del Padre/Tutor**

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



**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE JURUPA
Head Start/ Preescolar Estatal**

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN LABORAL

Este formulario debe ser completado por cada padre que esté empleado actualmente.

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

Nombre del empleador: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Numero de teléfono: _____ Horas de atención: _____

COMPLETADO POR EL EMPLEADOR:

Esto verifica que _____ es empleado de _____ . Fecha inicial de empleo: _____ .

Empleado es: Asalariado: \$ _____ Se le paga: Semanal Cada dos semanas 2 veces por mes Mensual

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

Se le paga: Semanal Cada dos semanas 2 veces por mes Mensual

Se le paga en efectivo: \$ _____

Se le paga: Semanal Cada dos semanas 2 veces por mes 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 2 veces por mes Mensual

Firma del empleador: _____ Fecha: _____

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



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

Examen del físico **Para ser completado por el médico del niño.*

En este documento se debe documentar una prueba de tuberculosis o una evaluación de factores de riesgo, además de los resultados de las pruebas de hemoglobina y plomo.

Nombre del niño: _____ Fecha del examen físico: _____

Fecha de nacimiento: _____

Head Start requiere un examen de salud equivalente al CHDP para ingresar al programa.

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

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

Hematocrito/ Hemoglobina	Fecha:	Resultados:	Anemia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Suplemento de hierro: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Prueba de plomo en la sangre: 24 meses Si no hay registro, realice	Fecha:	Resultados:	Presión arterial:	Fecha:	Resultados: / _		
Prueba de tuberculosis	Fecha en que se dio:	Fecha en que se leyó:	Resultado: <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo	Fecha de radiografía del pecho:	Resultado: <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Positivo		
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				ESí/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: _____