

BIENVENIDOS A PREESCOLAR

¡Estamos muy emocionados por que su hijo comience el preescolar con nosotros!

Por favor ayúdenos a hacer este proceso fácil y rápido siguiendo las instrucciones a continuación:

- Por favor llene todas las formas utilizando letra de molde.
- Escribir nombre y apellido en todas las formas.
- Asegúrese de firmar y escribir la fecha donde se le indique.
- Haga lo posible por llenar todas las formas. Si tiene alguna pregunta, por favor no dude en llamarnos al (619) 425-2362.
- La forma con el nombre VERIFICACION DE DOMICILIO debe ser llenada y firmada por el padre de familia que aparece en el documento que será utilizado como comprobante de domicilio.
- Por favor preste mucha atención a la forma DECLARACION JURADA. Únicamente llene las partes de la forma que corresponde con su situación familiar. **Si hay un padre de familia en casa que no está trabajando, esa persona tendrá que llenar la parte A de la forma y firmarla.**
- La persona que está trabajando debe completar y firmar el formulario de AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL. **Si ambos padres trabajan, cada uno tiene que completar una forma.**
- El informe médico (formulario amarillo que lleva el nombre PHYSICIAN'S REPORT), la parte de arriba la llena el padre de familia y la de abajo el pediatra del niño(a). Deberá de entregarse al maestro(a) el primer día de clases. Si no le es posible, tiene 30 días después del primer día de asistencia de su hijo para entregarlo.
- La forma llamada SOLICITUD CONFIDENCIAL DE SERVICIOS DE DESARROLLO INFANTIL (9600), únicamente llene las partes subrayadas de amarillo, firmar y fechar.
- **La fecha límite para entregar los documentos es una semana a partir del día que recibió los documentos.**

Las opciones para regresar los documentos a la oficina son las siguientes:

- Escanear o tomar fotos de las formas y mandarlas al correo electrónico: cvesd.preschoolpacket@cvesd.org
- Traer el paquete de formas y dejarlo en el buzón ubicado fuera de nuestra oficina principal. Esta se encuentra detrás del edificio principal de las oficinas Distrito Escolar Primario de Chula Vista.
- Mandar el sobre por correo con los documentos a:
Chula Vista Elementary School District
Atención Preescolar
84 East J St. Chula Vista CA 91910

-Cuando todo esté completo y devuelto, recibirá una Notificación de Acción con la fecha de inicio y la información de la escuela. Este documento final solidificará el lugar de su hijo(a) en preescolar.

Muchas gracias por la oportunidad de apoyar la educación de su hijo.



Distrito Escolar Primario de Chula Vista

VERIFICACIÓN DE DOMICILIO

De conformidad con el Título V del Código de Regulaciones de California (5CCR) sección 432(F)(2), los distritos escolares de California **deben** comprobar **anualmente** el domicilio del estudiante.

Para comprobar que se vive dentro del Distrito Escolar Primario de Chula Vista, debe presentarse un documento **actual** de la siguiente lista. Dicho documento debe mostrar **el nombre y la dirección** del padre, tutor, o de la persona encargada del niño y **debe tener fecha dentro de los 60 días anteriores al primer día de clases de su niño**. No se aceptan facturas vencidas para la verificación. Los apartados postales no son aceptables como domicilio.

Domicilio: _____

____ Estado de cuenta de hipoteca

____ Estado de cuenta de asociación de colonos

____ Nuevo contrato de renta o arrendamiento de la propiedad, o recibo de pago de fecha reciente con información del propietario

____ Carta en papel con el membrete del edificio de departamentos, o parque de casas móviles, firmada por el encargado, donde se indica que el padre, tutor, o la persona encargada del niño vive allí

____ Recibo de cobro de: gas y electricidad ____ agua ____ drenaje ____ basura ____ cable

____ Recibo de cobro de teléfono (no celular) ____ Talón o recibo de nómina ____ Registro de votante

____ Recibo de pago de impuestos sobre la propiedad

____ Correspondencia de una agencia de gobierno

Yo, _____ el padre, tutor, encargado del niño u otro*
(Nombre en letra de molde)

de _____ declaro bajo pena de perjurio que el estudiante
(Imprimir el nombre del alumno)

mencionado y su familia residen en la dirección que aparece en el documento indicado anteriormente y el cual se anexa. Entiendo que **si cambio de domicilio, debo notificar a la escuela dentro de dos semanas, presentar nuevo comprobante de domicilio y firmar un formulario actualizado**. Si me cambio fuera del distrito escolar, debo presentar un permiso de traslado de distrito para solicitar que este estudiante continúe asistiendo a clases.

Advertencia: La falsificación de cualquier información o documento necesario para comprobar el domicilio, o el uso de la dirección de otra persona sin realmente vivir allí puede resultar en la revocación de la matriculación del estudiante.

Firma del padre, tutor, persona encargada del niño, otro*:

Fecha: _____

****"otro" indica que las personas viven con otra familia, lo cual requiere un segundo formulario de verificación**

SÓLO PARA USO DE LA ESCUELA :

El documento adjunto muestra el nombre y la dirección de la persona que inscribe al estudiante mencionado. Si no es el padre, se necesita presentar documentos de la corte para la tutela, documentos de colocación con padres adoptivos (*foster*), o declaración jurada de la persona encargada del niño.

Firma del representante escolar: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde y firma

School Year

Child's last name

Child's first name

Teacher

Room #

Grade

¡Los archivos de vacunas están en el internet!

El Distrito Escolar Primario de Chula Vista utiliza el Registro de Vacunas de California (CAIR) para mantener los archivos de vacunas de muchos de sus alumnos. Por medio del registro de vacunas, el personal de la escuela de su hijo puede localizar fácilmente el archivo de vacunas cuando su hijo cambia de escuela, doctor, o durante un brote de enfermedad o desastre natural. Cuando el archivo de vacunas está en el CAIR, Ud. podrá verlo en el futuro después de inscribirse en el sitio del internet:

<http://www.sandiegoimmunizationregistry.org/mraccess/login.jsp>

El personal del Distrito Escolar Primario de Chula Vista registra los archivos de vacunas en el centro de datos, el cual es seguro y privado. Favor de regresar esta forma con una copia del archivo de vacunas de su hijo a la escuela.

Para mas información, visite el sitio de Internet de SDIR:

www.sdiz.org/CAIR-SDIR/index.html o llame al SDIR al (619) 692-5656 .

Favor de llenar toda la información descrita abajo. **Si necesita enviar archivos de vacunas adicionales, llene los formularios adicionales.**

Escriba en letra molde e incluya su teléfono en caso que tengamos alguna pregunta.

PADRE/TUTOR	ESTUDIANTE
Nombre:	Apellido:
Dirección:	Primer nombre:
Ciudad:	Fecha de nacimiento:
Código Postal:	Sexo: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino
<input type="checkbox"/> Correo electrónico:	Los datos abajo le ayudarán a localizar el archivo de vacunas en el futuro:
Teléfono:	
Parentesco con estudiante <input type="checkbox"/> Padre de familia <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Otro [especifica]	<input type="checkbox"/> Apellido de soltera de la madre:
	<input type="checkbox"/> Número de archivo médico #
	Office use only
	<input type="checkbox"/> ENTERED in SDIR DATE: ___/___/___ STAFF INITIALS: _____
Firma de Padre/Tutor: _____	

El archivo de vacunas está compartido con programas de salud pública, proveedores de salud, escuelas, guarderías y otros programas con autorización que necesitan revisar el archivo de vacunas para inscripción.

Marque aquí si no quiere que el archivo de vacunas sea compartido. Iniciales: _____

DATOS DEL ESTUDIANTE

Apellido Legal: _____

Nombre Legal: _____

Segundo nombre: _____

Domicilio: _____

Teléfono en casa: (_____) _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: _____

Ciudad de nacimiento: _____ Edo.: _____ País: _____

Fecha de primer ingreso a escuela en Estados Unidos: _____

Fecha de primer ingreso a escuela pública en California: _____

Etnia: Hispana/Latina No Hispana ni latina

Raza: Marque la principal con '1' marque √ otras si corresponde

Afro-americana Filipina Indígena americana Blanca

Si es de las islas del Pacífico: Guameña Hawaiana Samoana

Tahitiana De otra isla del Pacífico

Si es asiática: Camboyana China India Japonesa

Coreana Laosiana Vietnamita Otra Asiática

Grado al que ingresará: _____ Año Académico: _____ / _____

Escuela para la que se inscribe: _____

¿Ha asistido a una escuela en este Distrito anteriormente? Sí NO

Nombre de la escuela anterior: _____

Dirección de la escuela (si no es de CVESD): _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

N° de Teléfono o FAX: (_____) _____

Anote los nombres de hermanos y hermanas en el hogar (de mayor a menor):

1. _____ Fecha de nacimiento: _____

2. _____ Fecha de nacimiento: _____

3. _____ Fecha de nacimiento: _____

4. _____ Fecha de nacimiento: _____

DATOS DEL PADRE O TUTOR LEGAL

MADRE/TUTOR LEGAL/MADRASTRA (circule uno)

Apellido: _____

Nombre: _____

Domicilio (Si es distinto al del estudiante): _____

Primer Teléfono: (_____) _____

Segundo Teléfono: (_____) _____

Lugar de empleo: _____

MILITAR ACTIVO: SI NO (circule uno)

VETERANO DE LAS FUERZAS ARMADAS: SI NO (circule uno)

Teléfono trabajo: (_____) _____

Dirección electrónica: _____

PADRE/TUTOR LEGAL/PADRASTRO (circule uno)

Apellido: _____

Nombre: _____

Domicilio (si es distinto al del estudiante): _____

Primer Teléfono: (_____) _____

Segundo Teléfono: (_____) _____

Lugar de empleo: _____

MILITAR ACTIVO: SI NO (circule uno)

VETERANO DE LAS FUERZAS ARMADAS: SI NO (circule uno)

Teléfono trabajo: (_____) _____

Dirección electrónica: _____

Vive con: Ambos padres Sólo con la madre Sólo con el padre

Madre y padrastro Padre y madrastra Abuelo(s)

Padre de crianza (Foster) Tutor legal Persona que lo cuida

Escolaridad del padre o tutor: Marque √ la respuesta que mejor describe el grado más alto de escolaridad de uno de los padres o tutores.

Maestría / Especialidad Graduado de preparatoria

Título universitario No terminó la preparatoria

Algo de universidad (*incluye AA degree)

Es mi responsabilidad dar aviso a la escuela de mi niño de cualquier cambio. Certifico que todos los datos de este formulario son correctos y precisos. La falsificación de información puede ser causa de cancelación inmediata de la matriculación.

Firma del padre o tutor _____

Nombre (con letra de molde) _____

Fecha _____

THIS BOX FOR OFFICE USE ONLY School: _____ Student ID: _____ Grade: _____

Enrollment Date/Time: _____ Teacher: _____ Room: _____ Pre-Reg: _____

Birth Verification: _____ Residency Verification Source: _____ 2nd Fam?: _____

SPED (circle one): YES NO IEP: _____ Date: _____ Services: _____

Custody Issues: _____ Court Documents: _____ Caregiver Affidavit: _____

Transfer (circle one): Interdistrict Zone District/School of Residence: _____

Apellido legal del alumno	Nombre	Fecha de nacimiento	Grado	Maestro
Domicilio		Código postal	Teléfono en el hogar	
Nombre de la madre	Domicilio de la madre	Lugar de empleo	Teléfono en el trabajo	
Nombre del padre	Domicilio del padre	Lugar de empleo	Teléfono en el trabajo	

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA: Favor de proporcionar nombre, domicilio y número de teléfono de tres adultos que no sean los padres, quienes puedan recoger al niño si los padres no están disponibles, de preferencia que vivan en la zona, con teléfono y auto. Sólo se entregará el estudiante a los padres o tutores o los adultos anotadas en seguida.

1.	Nombre (parentesco)	Domicilio	Teléfono
2.	Nombre (parentesco)	Domicilio	Teléfono
3.	Nombre (parentesco)	Domicilio	Teléfono

INFORMACIÓN DEL PLAN EN CASO DE DESASTRE

En caso de un desastre (terremoto, incendio, inundación, amenaza de bomba, etc.) sólo se entregará el niño a los anotados arriba.

Doctor del niño: _____
Nombre Domicilio Teléfono

Compañía de seguro médico: _____
(HMO – MediCal – Privada – Ninguna)

INFORMACIÓN DE SALUD

¿Usa su niño anteojos o lentes de contacto? Sí No Si contestó sí, son para ver sólo de cerca lejos ambos
 ¿Sufre su niño pérdida del oído? Sí No Si contestó sí, ¿En cuál? Sólo izq. der. ambos
 ¿Usa aparato auditivo? Sí No

¿Sufre el niño de alergias que lo pongan en peligro de muerte? Sí No Si contestó sí:
 ¿De qué clase? Insectos (tipo) _____ Alimentos (tipo) _____ De otra clase _____
 Debido a este peligro, ¿Requiere una ampollita inyectable del medicamento (EpiPen) que usted proporcionará? Sí No

¿Ha padecido de **asma** su hijo en el último año?
 Medicamentos que está tomando: _____
 ¿Necesita su niño un inhalador en la escuela? Sí No

¿Padece su hijo **actualmente** de alguno de los siguientes males? (favor de marcar la respuesta que corresponda)
 Sí No Enfermedad del corazón Sí No Infecciones del oído frecuentes
 Sí No Convulsiones Sí No Diabetes
 Sí No ¿Tiene limitaciones físicas? Si contestó sí, describa: _____
 Sí No ¿Ha tenido alguna operación? Si contestó sí, describa: _____

Anote todos los medicamentos que su hijo toma regularmente: _____
 ¿Hay algún medicamento que necesite tomar en la escuela? Sí No Nombre del medicamento: _____
 Describa cualquier información de salud que pueda afectar a su hijo en la escuela _____

INFORMACIÓN PERSONAL Y LA COMUNICACIÓN

¿En qué idioma prefiere recibir la información de la escuela? Español Inglés
 ¿Autoriza al Distrito para que envíe a su dirección electrónica información de emergencia y avisos? Sí No
 ¿Puede dar el Distrito su número de teléfono a la PTA o al club de padres? Sí No
 ¿Tiene su niño actualmente un Plan 504 o un Plan Individualizado de Educación (IEP)? Sí No
 ¿Autoriza a que se dé el nombre y la foto de su niño a la prensa o para publicaciones del Distrito? Sí No

HE EXAMINADO Y PUESTO AL DÍA LA INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS Y DE SALUD.

Firma del padre o tutor Nombre con letra de molde Fecha

**DISTRITO ESCOLAR PRIMARIO DE CHULA VISTA
TARJETA DE INFORMACION DEL ESTUDIANTE EN CASO DE DESASTRE**

Favor de Escribir con Letra de Imprenta

Escuela: _____ Maestro: _____

Nombre del Alumno(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____ Telefono: _____

Nombre de la Madre (o Tutora): _____ Telefono en el Dia: _____

Lugar donde Trabaja: _____

Nombre del Padre (o Tutor): _____ Telefono en el Dia: _____

Lugar donde Trabajo: _____

Personas otras que no sean los Padres (o Tutores) que puedan recoger a su nino(a):

1. _____ Telefono en el Dia: _____

2. _____ Telefono en el Dia: _____

3. _____ Telefono en el Dia: _____

Enumere cualquier problema de salud: _____

Enumere cualquier medicina que tenga que tomar regularmente: _____

Nombre de su Doctor: _____ Telefono: _____

Fecha: _____ Firma del Padre (o Tutor): _____

814108 (1-89)

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO MEDICO A MENORES

PADRES DE FAMILIA: Esta forma firmada por ustedes da autorizacion para tratamiento medico de emergencia para un menor de edad si se llegara a necesitar. En caso que ustedes tuvieran que estar fuera de su casa, esta forma puede autorizar a la persona que este a cargo del cuidado de su nino/a para actuar por ustedes.

FAVOR DE USAR LETRA DE IMPRENTA

(Yo)/(Nosotros), cuya firma aparece abajo, Padre(s) o Tutor(es) de

_____ un menor, por medio de esta autorizo a los empleados del Distrito Escolar Primario De Chula Vista o a cualquier hospital ubicado en el Condado de San Diego, o a ambos, para actuar como agentes del firmante, por anticipado y antes de establecerse diagnostico especifico a cualquier examen con rayos X, anestesia, diagnostico medico o quirurgico o tratamiento y hospitalizacion que sea aconsejable y que vaya a ser llevada a cabo bajo la supervision general o especial de un medico o cirujano autorizado bajo la Ley par Ejercer Medicina y que forma parte del personal medico de cualquier hospital del Condado del Condado de San Diego, siempre que tal diagnostico o tratamiento sea hecho en el consultorio del medico en cuestion o del hospital antes mencionado.

Esta autorizacion es dada de acuerdo con lo provisto en la Seccion 25.8 del Codigo Civil de California y debera permanecer en vigor hasta el fin del ano escolar en curso, a menos que sea anulada antes por escrito y entregada a los agentes antes citados.

Asimismo queda entendido que esta autorizacion es dada por anticipado y antes de establecerse diagnostico especifico, tratamiento u hospitalizacion que sean requeridos, y nosotros por este medio damos consentimiento para alguno o todos los diagnosticos, tratamientos u hospitalizacion que de acuerdo con el mejor criterio del medico o cirujano antes mencionado sea mas aconsejable. Entendemos que ni el Distrito Escolar Primario De Chula Vista, ni el medico, ni el cirujano, o el hospital asumen responsabilidad financiera alguna al llevar a cabo esta accion.

Padre (Tutor) (Escriba su Nombre con Letra de Imprenta)

Firma

Fecha de la Firma

Nombre del Seguro Medico: _____

Nombre de la Persona Asegurado: _____

Numero de la Poliza: _____ Numero de su Seguro Social: _____

CHULA VISTA ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT
84 East J Street • CV • 91910
PROGRAMA PREESCOLAR DEL ESTADO

REGLAMENTO DE ENTRADA Y SALIDA DE LA ESCUELA

Es muy importante que los niños lleguen a tiempo a la escuela y que sean recogidos a tiempo. El siguiente es el reglamento del Programa Preescolar Estatal de Chula Vista.

Es la responsabilidad de los padres proveer transportación a la escuela. Los maestros tienen un lugar designado para los padres y niños donde pueden esperar antes del principio de la clase. Los adultos que traen a los niños tienen que firmar la forma de registro cada día a la entrada y salida de la escuela. La hora de entrada y salida debe ser apuntada en la forma de registro. Los niños serán entregados solamente a los padres, tutores, u otras personas que han sido autorizadas por escrito para recogerlos. Por favor firme la forma de registro con su nombre completo.

Es muy importante que los padres sean puntuales al traer y recoger a sus niños. Por favor esté al tanto de la hora que empieza y termina la clase para que el niño llegue a tiempo y también sea recogido a tiempo. Al llegar a tiempo a clases su hijo aprende la importancia de ir a la escuela, le permite tener tiempo de saludar a maestros y compañeros, y le permite ajustarse a su día escolar.

Los maestros no están disponibles para cuidar a los niños después de la salida de la escuela. Ninguna persona menor de 18 años puede traer o recoger al niño. **Los niños que lleguen y/o se recojan tarde repetidamente pudieran ser dados de baja del preescolar.** Los niños que se recogen tarde se angustian y se inquietan. Además, el personal tiene el tiempo justo para prepararse para la siguiente clase. Muchas veces los maestros tienen otras responsabilidades después de clases y no pueden cuidar a los niños que se quedan.

Si el niño no se recoge a tiempo al final de su clase o si llega tarde a la escuela tomaremos la siguiente medida.

El padre o tutor tendrá que firmar la "Forma de Retrasos" (Late Arrival/Pick Up). Después de acumular **Tres (3)** formas de "**Retraso en Recoger**" a su hijo y/o de **Cinco (5)** formas de "**Retraso al Llegar**" a la escuela en un año, los padres deberán asistir a una junta o participar en una conferencia telefónica con la Directora del Programa Preescolar para determinar cómo remediar la situación.

Su cooperación es necesaria para asegurar el bienestar de su niño. Por favor ayúdenos con su puntualidad y recuerde: **NINGUNA PERSONA MENOR DE 18 AÑOS SE LE PERMITIRA TRAER O RECOGER A LOS ESTUDIANTES DE EDAD PREESCOLAR.**

He leído el reglamento y recibí una copia para mis archivos.

Firma: _____ Fecha: _____



DISTRITO DE ESCUELAS PRIMARIAS CHULA VISTA

84 EAST J STREET • CHULA VISTA, CALIFORNIA 91910 • 619 425-9600

HISTORIAL DE PROGRAMAS Y SERVICIOS EDUCATIVOS ESPECIALES PREVIOS

Nombre del Estudiante:		ID #
Escuela:	Grado:	Maestro:
Parentesco con el estudiante: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro (Indique)		

Si está inscribiendo a su niño en el Distrito de Escuelas Primarias de Chula Vista **por primera vez** :

1. ¿Tiene su hijo/a un "IEP" actual (Plan de Educación Individualizada)?

- Sí *Si la respuesta es sí, por favor anexe una copia del IEP más reciente.*
 No

2. ¿Tiene su hijo/a un Plan 504 actual (para adaptaciones por ciertas discapacidades)?

- Sí *Si la respuesta es sí, por favor anexe una copia del Plan 504 más reciente.*
 No

Programa de Educación Especial

(Marque las casillas que correspondan, o *Ninguno de los anteriores* para indicar que ninguno).

- Terapia de Habla y Lenguaje
 RSP (Programa de Especialistas en Recursos)
 Clase de Educación Especial
 Apoyo Especializado para el Comportamiento (ABA-Análisis Aplicado del Comportamiento; Asistente 1 a 1; NPS-Escuela No Pública; etc.)

Otros Programas Educativos

- Programa de apoyo en lectura
 Educación para Dotados y Talentosos (GATE)
 Otro programa de apoyo educativo _____

Ninguno de los anteriores

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Correo electrónico: _____ Teléfono (celular): _____



DISTRITO DE ESCUELAS PRIMARIAS DE CHULA VISTA

ENCUESTA DEL IDIOMA DEL HOGAR

Nombre del estudiante: _____
(Apellido) (Primer nombre) (Segundo nombre)

Edad del estudiante: _____ Nivel de grado escolar: _____ Escuela: _____

Instrucciones para el padre o tutor:

El Código de Educación de California, sección 52164.3, contiene requisitos legales que obligan a las escuelas evaluar el dominio del idioma inglés de los estudiantes si se determina que el idioma, o los idiomas, que se hablan en el hogar no es inglés. Esta información es esencial para proporcionar el programa de instrucción, los servicios y el apoyo para el éxito estudiantil.

El proceso inicia al completar los padres la Encuesta del Idioma del Hogar. Esta encuesta se completa una sola vez para estudiantes en kindergarten transicional a doceavo grado en California. Si se completó anteriormente una Encuesta del Idioma del Hogar, las escuelas y los distritos respetarán la encuesta inicial que figura en el expediente.

La Encuesta del Idioma del Hogar nos ayuda a determinar el idioma, o idiomas, que se habla en el hogar de cada estudiante, además de determinar si se debe evaluar el dominio del inglés del alumno. Todos los estudiantes cuyo idioma principal no es el inglés y que obtienen una identificación de estudiante de California por primera vez, tomarán la prueba de suficiencia en el idioma inglés de California inicial (EPLAC por sus siglas en inglés). El objetivo es proporcionar a los estudiantes que están aprendiendo inglés como segundo idioma el apoyo y los recursos oportunos para tener éxito en la escuela.

Agradecemos su cooperación para completar con precisión la Encuesta del Idioma del Hogar para poder cumplir efectivamente con las necesidades de aprendizaje de su hijo. Responda a cada una de las cuatro preguntas a continuación con la mayor exactitud posible. Para cada pregunta, escriba el (los) nombres(s) de los idiomas correspondientes en el espacio provisto. Por favor no deje ninguna pregunta sin respuesta.

- 1. ¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar?
2. ¿Qué idioma habla su hijo con más frecuencia en casa?
3. ¿Qué idioma usa usted (padre o tutor) con más frecuencia cuando habla con su hijo?
4. ¿Qué idioma es el más hablado por los adultos en el hogar? (padres, tutores, abuelos u otros adultos)

Al firmar este formulario, entiendo que se puede evaluar a mi hijo para determinar el dominio del idioma inglés y proporcionar servicios que respalden el aprendizaje de mi hijo.

Nombre impreso del padre o tutor

Firma del padre o tutor

Fecha

HISTORIAL DE LA SALUD DEL NIÑO ANTES DE LA ADMISION—REPORTE DEL PADRE/MADRE

NOMBRE DEL NIÑO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE	¿VIVE EL PADRE EN EL HOGAR CON SU HIJO?	
NOMBRE DE LA MADRE	¿VIVE LA MADRE EN EL HOGAR CON SU HIJO?	
¿ESTABA ESTADO EL NIÑO BAJO LA SUPERVISION REGULAR DE UN MEDICO?	FECHA DEL ULTIMO EXAMEN FISICO/MEDICO	

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

EMPEZO A CAMINAR A LOS*	MESES	EMPEZO A HABLAR A LOS*	MESES	SE LE EMPEZO A ENSEÑAR COMO IR AL BAÑO A LOS*	MESES
-------------------------	-------	------------------------	-------	---	-------

ENFERMEDADES EN EL PASADO — Marque las enfermedades que el niño ha tenido y especifique las fechas aproximadas de las mismas:

	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 diez días (Rubeola)	
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática		<input type="checkbox"/> Tos ferina		<input type="checkbox"/> Sarampión de tres días (Rubella)	
<input type="checkbox"/> Fiebre del heno		<input type="checkbox"/> Paperas			

ESPECIFIQUE OTRAS ENFERMEDADES O ACCIDENTES SERIOS O GRAVES

¿TIENE EL NIÑO RESFRIADOS FRECUENTES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CUANTOS EN LOS ULTIMOS DOCE MESES?	ANOTE CUALQUIER ALERGIA DE LA CUAL EL PERSONAL DEBE ESTAR ENTERADO
---	-------------------------------------	--

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

¿A QUE HORA SE LEVANTA EL NIÑO?*	¿A QUE HORA SE ACUESTA EL NIÑO?*	¿DUERME BIEN EL NIÑO?*
¿DUERME EL NIÑO DURANTE EL DIA?*	CUANDO?*	POR CUANTO TIEMPO?*
PATRON DE DIETA: (¿Qué come el niño usualmente para estas comidas?)	DESAYUNO ALMUERZO CENA	¿CUALES SON LAS HORAS USUALES DE ESTAS COMIDAS? DESAYUNO _____ ALMUERZO _____ CENA _____

¿HAY ALGUNOS ALIMENTOS QUE NO LE GUSTAN COMER?	¿TIENE ALGUN PROBLEMA DE ALIMENTACION?
--	--

¿SABE EL NIÑO COMO IR AL BAÑO?*	SI CONTESTA "SI", ¿EN QUE ETAPA DE APRENDIZAJE ESTA?*	¿TIENE EVACUACIONES INTESTINALES REGULARES?*	¿CUAL ES LA HORA USUAL?*
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿CUAL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LAS EVACUACIONES INTESTINALES?*		¿CUAL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LA DESCARGA DE LA ORINA?*	

EVALUACION DE LA SALUD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE/MADRE

¿ESTA EL NIÑO ACTUALMENTE BAJO EL CUIDADO DE UN DOCTOR?	SI CONTESTA "SI", ANOTE EL NOMBRE DEL DOCTOR:	¿ESTA TOMANDO EL NIÑO MEDICAMENTOS RECETADOS?	SI CONTESTA "SI", ANOTE LA CLASE Y EFECTOS SECUNDARIOS:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL?	SI CONTESTA "SI", ANOTE LA CLASE:	¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL EN SU CASA?	SI CONTESTA "SI", ANOTE LA CLASE:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

EVALUCION DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE/MADRE

¿COMO CONVIVE EL NIÑO CON SUS PADRES, HERMANOS, HERMANAS, Y OTROS NIÑOS?

¿HA TENIDO EL NIÑO EXPERIENCIAS EN RELACION A JUEGOS EN GRUPO?

¿TIENE EL NIÑO ALGUN PROBLEMA/TEMORES/NECESIDADES ESPECIALES? (EXPLIQUE.)

¿CUAL ES EL PLAN PARA EL CUIDADO DEL NIÑO CUANDO ESTE ENFERMO?

RAZON PARA SOLICITAR LA COLOCACION EN UN LUGAR DONDE SE PROPORCIONE CUIDADO DE NIÑOS

FIRMA DEL PADRE/MADRE	FECHA
-----------------------	-------



Distrito Escolar Primario de Chula Vista
84 East "J" Street • Chula Vista, CA 91910 • Tel. (619) 425-9600

DATOS IMPORTANTES SOBRE SALUD

Favor de contestar este formulario primero

Nombre del estudiante: _____			Escuela en que se inscribe: _____
Apellido _____	Primer nombre _____	Inicial del 2º nombre _____	Grado en que se inscribe: _____
Nombre del padre o tutor: _____			Teléfono en casa: _____
Dirección electrónica: _____			Celular: _____

¿Necesitará su niño ayuda especial en la escuela debido a alguna de las siguientes razones?

- Sí No *medicamento para alergia *Medicamento en caso de emergencia:* _____
- Sí No *enfermedad de la sangre *El estudiante es muy alérgico a:* _____
- Sí No *cáncer (ha padecido)
- Sí No *sonda
- Sí No *diabetes
- Sí No *problema cardíaco (actual)
- Sí No *sonda intravenosa o un puerto
- Sí No *limitaciones médicas a las actividades físicas
- Sí No *convulsiones
- Sí No *dificultad para tragar
- Sí No *tubo de alimentación
- Sí No *usa pañales
- Sí No *se ensucia la ropa con orina o excremento
- Sí No *silla de ruedas
- Sí No asma
- Sí No necesita ayuda respiratoria, como máquina nebulizadora (*Pulmo-Aide*)
- Sí No artritis
- Sí No aparatos ortopédicos o prótesis (brazos, piernas)
- Sí No muletas
- Sí No ¿Tiene su niño un Plan 504 o un *IEP* actual?
- Sí No ¿Requiere su niño medicamento constante? *Nombre del medicamento* _____
¿Toma medicina en casa? _____ *¿Debe dársele medicina en la escuela?* _____
- Sí No ¿Tiene su niño otros problemas de salud? *De ser así, sírvase explicar:* _____

**Si contestó 'sí' a cualquiera de los problemas de salud marcados con un asterisco (*), no se le permitirá a su niño ingresar a clases hasta que se consulte con la enfermera escolar.
Favor de llenar y firmar un formulario *HIPAA*, disponible en la oficina escolar, si ha indicado 'sí' en alguno de los problemas de salud marcados con un asterisco (*).**

Firma del padre o tutor _____ Fecha _____ Firma del Enfermero(a) Escolar _____

NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LAS GUARDERÍAS INFANTILES

DERECHOS DE LOS PADRES

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

1. Entrar e inspeccionar la guardería infantil (llamada "guardería" de aquí en adelante) sin notificación previa, en cualquier momento en el cual los niños estén bajo cuidado.
2. Presentar una queja con la oficina de licenciamiento en contra de la persona con licencia y revisar el expediente público que la oficina de licenciamiento tenga de la persona con licencia.
3. Revisar, en la guardería, los reportes sobre las visitas a la guardería por parte de la oficina de licenciamiento y las quejas comprobadas en contra de la persona con licencia que se hayan presentado durante los últimos tres años.
4. Quejarse con la oficina de licenciamiento e inspeccionar la guardería sin que se discrimine ni que se tomen represalias en contra de usted ni de su hijo.
5. Pedir por escrito que no se le permita a un padre/madre que visite al niño de usted ni que se lo lleve de la guardería, siempre y cuando usted haya presentado una copia certificada de la orden de la corte.
6. Recibir de la persona con licencia el nombre, dirección y número de teléfono de la oficina local de licenciamiento.
 Nombre de la oficina de licenciamiento: DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
Community Care Licensing
 Dirección de la oficina de licenciamiento: 7575 Metropolitan Drive, Suite 110
 Número de teléfono de la oficina de licenciamiento: San Diego, CA 92108
(619) 767-2200
7. Después de haberlo solicitado, que la persona con licencia le informe del nombre y tipo de asociación con la guardería de cualquier persona adulta a quien se le haya otorgado una exención en relación a sus antecedentes penales, y que el nombre de la persona también se puede obtener comunicándose con la oficina local de licenciamiento.
8. Recibir de la persona con licencia, el formulario sobre el proceso para la revisión de los antecedentes de los proveedores de cuidado.

NOTA: LA LEY ESTATAL DE CALIFORNIA ESTIPULA QUE LA PERSONA CON LICENCIA PUEDE NEGAR EL ACCESO A LA GUARDERÍA AL 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 885 (SP) (9/08)

(Separe aquí. Dele 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 LAS GUARDERÍAS INFANTILES" y el formulario sobre el PROCESO PARA LA REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES DE LOS PROVEEDORES DE CUIDADO.

CHULA VISTA ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

 State Preschool Program
 Nombre de la guardería
 84 East "J" Street
 Chula Vista, CA 91910

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

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:

COMMUNITY CARE LICENSING

NOMBRE

MISSION VALLEY DISTRICT OFFICE

DIRECCIÓN

7575 METROPOLITAN DR SUITE 110

CIUDAD

SAN DIEGO

CÓDIGO POSTAL

92108-4402

AREA/NÚMERO DE TELÉFONO

(619) 767-2200

SEPARE 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)

CHULA VISTA ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO)

84 EAST J ST, CHULA VISTA CA 91910

(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)



DISTRITO ESCOLAR PRIMARIO DE CHULA VISTA

84 East J Street • Chula Vista • CA 91910
Teléfono (619) 425-9600 • Fax (619) 427-0463 • www.cvesd.org

AUTORIZACIÓN PARA MEDIOS PUBLICITARIOS

Para los padres de:	
Escuela:	Maestro:
Grado:	Fecha de nacimiento:

Ocasionalmente, el Distrito Escolar Primario de Chula Vista tiene la oportunidad de participar en actividades publicitarias donde aparecen estudiantes y programas escolares o distritales. Favor de leer y firmar este formulario para autorizar la participación de su niño de acuerdo a lo siguiente:

Autorizo al Distrito para que:

Duplique o reproduzca trabajo(s) de mi hijo en distintas maneras que incluyen pero no se limitan a publicaciones impresas, electrónicas o en la Red.

Descripción adicional (la escuela o el Distrito llena esta parte):

Permita que agencias de medios de comunicación y/o el Distrito entrevisten, retraten, filmen y publiquen información sobre mi niño en distintas maneras que incluyen pero no se limitan a publicaciones impresas, electrónicas o en la Red.

Descripción adicional (la escuela o el Distrito llena esta parte):

Favor de llenar este formulario y devolverlo al maestro de su niño a la mayor brevedad posible.

YO, EL PADRE O TUTOR DEL NIÑO MENCIONADO ARRIBA, HE LEÍDO LA INFORMACIÓN ANTERIOR Y AUTORIZO LA PUBLICACIÓN DE SU INFORMACIÓN, TRABAJO Y/O FOTOGRAFÍAS SEGÚN SE INDICA.

Nombre con letra de molde: _____ Parentesco con el niño _____

Firma Fecha

Domicilio

() -

Número(s) de teléfono Dirección electrónica

Para más información, comuníquese con el director de su escuela o el Encargado de Comunicaciones del Distrito al (619) 425-9600 Ext. 1328.

Chula Vista Elementary School District

State Preschool Office

Evaluación de admisión

Fecha: _____ Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Si desea obtener más información sobre cualquiera de los siguientes programas, marque la casilla correspondiente.

Servicios solicitados:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Apoyo y abogacía para las familias | <input type="checkbox"/> Closet comunitario – Ropa para la familia |
| <input type="checkbox"/> Clases para padres/ grupos de apoyo | <input type="checkbox"/> Información y referencias a programas en la comunidad |
| <input type="checkbox"/> Asistencia para obtener servicios médicos | <input type="checkbox"/> Asistencia con solicitudes para SDGE (programa CARE) |
| <input type="checkbox"/> Recursos de empleo | <input type="checkbox"/> Asistencia con solicitudes para comida (CalFresh) |
| <input type="checkbox"/> Necesidades básicas y comida de emergencia | <input type="checkbox"/> Clases para adultos (ESL) |
| <input type="checkbox"/> Referencias a consejería | <input type="checkbox"/> Apoyo para padres adolescentes y adolescentes embarazadas |
| <input type="checkbox"/> Servicio comunitario y/o voluntario | <input type="checkbox"/> Información sobre salud y seguridad |
| <input type="checkbox"/> Asistencia para llenar formularios sencillos | <input type="checkbox"/> <i>No estoy interesado</i> |

Firma del padre: _____ Fecha: _____

Recursos proveídos: Folleto del Centro de Recursos Familiares y números telefónicos Admisión certificada por: _____

La familia recibió el folleto de los Centros de Recursos Familiares: Si No
La familia autorizó ser referida a los Centros de Recursos Familiares: Si No

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE CALIFORNIA
Form CD 9600A, (Rev. 01/04)

**Recopilación de datos acerca del cuidado infantil
Aviso de privacidad y formulario de consentimiento**

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (conocido en inglés como HHS) está recopilando información sobre las familias que reciben asistencia para el cuidado infantil. Esta información se comunicará al Departamento de Educación de California (conocido en inglés como CDE) y luego al HHS. Dicha información se usará para investigar cuál es el estado del cuidado infantil en los Estados Unidos y brindará datos valiosos a todas aquellas personas que estén desarrollando programas y políticas sobre el cuidado infantil a nivel estatal, local y nacional.

Cada dos años, se hará un resumen de toda la información que el HHS reciba sobre su familia y otras familias y luego se enviará al Congreso. Ninguna persona o familia será identificada individualmente en los informes que se presenten al Congreso, la Legislatura, otras agencias del gobierno o al público.

Para garantizar que los niños y las familias que reciben servicios de cuidado infantil sean contados sólo una vez, el HHS y el CDE solicitan el número de Seguro Social del jefe o jefa de familia que recibe la asistencia. Aunque no desee proporcionar su número de Seguro Social para este fin, podrá seguir recibiendo asistencia para el cuidado infantil. Los números de Seguro Social ayudarán al CDE a cumplir con los requisitos de informe del HHS y con las exigencias del estado con respecto a las estadísticas del programa. La autorización para solicitar su número de Seguro Social para este fin se encuentra descrita en la Sección 98.71(a)(13) del *Título 45 del Código de Regulaciones Federales*, en la Sección 8261.5 del Código de Educación y en la Sección 18070 del *Título 5 del Código de Regulaciones de California*. Su decisión con respecto a indicar su número de Seguro Social es voluntaria.

He sido informado sobre cómo se usará mi número de Seguro Social.
Entiendo que aunque no quiera proporcionar mi número, podré seguir
recibiendo asistencia para el cuidado infantil.

- Sí, pueden utilizar mi número de Seguro Social: _____-_____-_____
- NO, no deseo dar mi número de Seguro Social para este fin.

Firma del jefe o jefa de familia

Fecha

Nombre escrito a máquina o en letra de imprenta

ESTA FORMA DEBER SER FIRMADA POR EL PADRE QUE PROVEE EL INGRESO

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL

El llenado de este documento autoriza la divulgación y/o el uso de información individual identificadora, conforme se estipula abajo, consistente con las leyes de California y las leyes Federales (p.ej. HIPAA) en relación a la privacidad de dicha información. El no proporcionar toda la información solicitada puede invalidar esta autorización.

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN:

Yo, _____, padre/tutor de _____, por este medio autorizo a mi empleador(es):

(1) _____ (2) _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Domicilio: _____ Domicilio: _____

A proporcionar información sobre mi empleo (salario bruto y horas laborales) a:

***Chula Vista Elementary School District
State Preschool Program
84 East "J" Street
Chula Vista, California 91910
(619)425-2362 o (619)425-9600 Ext. 1510***

La información solicitada deberá estar limitada al salario y horas laborales contractuales, para el propósito de confirmar/establecer la necesidad de mi familia para recibir servicios de guardería o de desarrollo infantil subsidiados por el Estado.

DURACIÓN:

Esta autorización será efectiva de inmediato y continuará siendo válida hasta _____ (anotar fecha) o durante un año a partir de la fecha de su firma, si no se indica una fecha.

RESTRICCIONES:

Las leyes de California prohíben al Solicitante que divulgue mi información a menos que el Solicitante obtenga otro formulario de autorización de mí o a menos que dicha divulgación sea específicamente requerida o permitida por la ley.

SUS DERECHOS:

Entiendo que tengo los siguientes derechos con respecto a esta autorización: Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación puede ser por escrito, firmada por mí o a mi nombre, y entregada al Distrito. Mi revocación tendrá efecto en el momento en que sea recibida, pero no dejará de tener validez hasta el punto en que el Solicitante, o algún tercero, hayan actuado en base a esta autorización.

RE-DIVULGACIÓN:

Entiendo que el Distrito protegerá esta información conforme lo estipula el Acta de Derechos y Privacidad de las Familias en la Educación (FERPA por sus siglas en inglés), y que la información pasa a formar parte del expediente educativo del alumno.

Tengo el derecho de recibir una copia de esta Autorización. El firmar esta Autorización puede ser requerido para que el estudiante pueda obtener servicios de guardería o de desarrollo infantil subsidiados por el Estado.

AUTORIZACIÓN:

Nombre Impreso

Firma

Fecha

Relación con el estudiante

Código de área y número de teléfono

CHULA VISTA ELEMENTARY SCHOOL DISTRICT
State Preschool Program

Declaración jurada

Nombre del niño/a _____

El no dar la información correcta y todos los hechos pudiera causar que se diera fin a los servicios de preescolar.

Por favor completar la declaración que mejor explique su caso.

A) Yo _____ declaro que soy madre/padre **QUE NO** trabaja (ama de casa o padre que se queda en casa) y **NO TENGO** ninguna otra fuente de ingreso que _____.

B) Yo _____ declaro lo siguiente:

Yo estoy viviendo con _____, relación _____; o
(familiares o compañero de cuarto)

Mi cónyuge y yo vivimos con _____, relación _____;
(familiares o compañero de cuarto)

¿Comparten el alquiler? Si No ¿Paga servicios públicos? Si No

INFORMACION DEL PADRE AUSENTE (si es aplicable)

Nombre del padre ausente: _____ # Cel: _____

Recibe manutención infantil? Si No Que cantidad por mes: \$ _____

La manutención es ordenada por la corte? Si No Es un acuerdo verbal? Si No

Tiene custodia compartida? Si No Existe una orden de restricción Si No

Yo certifico bajo pena de perjurio que la información dada en esta declaración es verdadera, correcta y completa.

Firma del Padre/Tutor legal

Fecha

1 de julio, 2021

Estimado(s) padre(s) de familia:

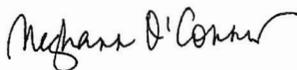
El proveedor de servicios de cuidado y educación temprana de su hijo/a participa en el programa de calidad en programas preescolares de San Diego que se conoce en Inglés por sus siglas, SDQPI (San Diego Quality Preschool Initiative). Este programa provee apoyos al personal para incrementar la calidad de las interacciones entre su hijo/a y los adultos que fomentan su desarrollo y también para incrementar el nivel de calidad del ambiente en el que se desarrolla y aprende su hijo. Los fondos que nos permite proporcionar este servicio al proveedor de cuidado /maestro de su hijo, el departamento de Educación de California, Primeros 5 San Diego y primeros 5 California, nos obligan a proporcionar ciertos datos acerca de los niños inscritos en el programa con el propósito de utilizar los datos para completar estudios sobre la efectividad de nuestros servicios a los proveedores. Las formas aquí adjuntas se le proporcionan para pedirle su "consentimiento" y permitir que el proveedor de servicios de cuidado y educación temprana de su hijo/a comparta estos datos con la Oficina de Educación del Condado de San Diego (SDCOE), quien implementa el programa de SDQPI. La Oficina de Educación del Condado de San Diego (SDCOE) tiene la responsabilidad de proveer los datos a las organizaciones aquí previamente nombradas, quienes proveen los fondos para el programa. Puede revocar esta autorización de consentimiento por medio de una notificación por escrito a La Oficina de Educación del Condado de San Diego (SDCOE), 6401 Linda Vista Road, San Diego, CA 92111 o por página web <https://sdqpi.org/> seleccione "contactar" y llene los campos solicitados.

El nombre y la información privada de su hijo(a) no se compartirá en ningún reporte, jamás será difundida públicamente ni estará accesible al público. La Oficina de Educación del Condado de San Diego (SDCOE) como entidad operativa de SDQPI necesitará revisar ciertos datos individuales de cada niño/a, recogidos por el proveedor de su hijo(a). Los datos recogidos serán formateados en forma agregada al incluirlos en los reportes. Esto quiere decir que los datos en los reportes y resúmenes, no son personales, son datos de grupo como lo son el número de niños de cierta edad o de cierto género en el aula de su hijo/a, cuantos niños han recibido evaluaciones de desarrollo o servicios de educación especial. Una de las formas aquí adjuntas es específicamente para que usted de su consentimiento para que el personal de SDCOE vea la información acerca de su hijo que recogió el proveedor con el propósito de crear y formatear los reportes de resumen de agregados que SDCOE necesita presentar a las agencias que financian SDQPI. El proveedor de servicios de cuidado y educación temprana de su hijo(a) también podrá compartir datos personales de su hijo que incluyen su nombre, sexo, fecha de nacimiento y fechas de asistencia. El preescolar de su hijo no necesita su autorización para compartir dicha información, a menos que usted haya optado porque no se disemine dicha información personal.

El dar su consentimiento ahora no limita su habilidad de retirar su consentimiento para participar en la evaluación de la investigación en un futuro. Si decide retirar su consentimiento después de haberlo dado, por favor contacte a su proveedor proveedor de servicios de cuidado y educación temprana para obtener las formas necesarias.

Si usted da su consentimiento para participar en el proceso de evaluación, por favor firme las formas adjuntas y entréguelas a su proveedor. Si no desea dar su consentimiento, por favor trace una línea en cada una de las formas adjuntas, escriba 'no' en la línea de la firma y entregue las formas a su proveedor de preescolar QPI. Si tiene alguna duda o inquietud, no dude en contactarme, meghann.oconnor@sdcoe.net.

Atentamente,



Meghann O'Connor
Director
Early Education Programs and Services
San Diego County Office of Education





Información sobre la Evaluación del Programa First 5 San Diego

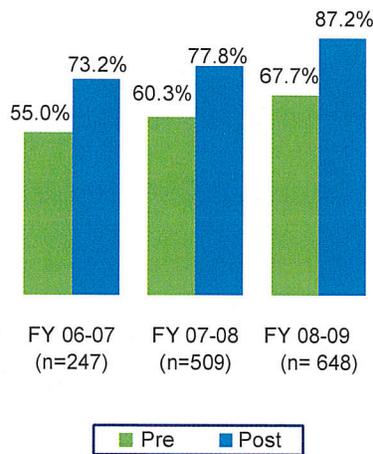
Evaluation Manager
9655 Granite Ridge Drive, Suite 120
San Diego, CA 92123
(858) 285-7710

First 5 San Diego (First 5 SD) apoya y paga por programas que ayudan a los niños del condado de San Diego. Estos programas contribuyen a que los niños entren a la escuela saludables y listos para triunfar. La información recopilada por parte de los programas ayudará a que First 5 SD identifique cuales programas funcionan mejor.

Información disponible a First 5 SD. La organización que le ofrece los servicios comparte datos con First 5 SD; por ejemplo, datos como la edad y el grupo étnico de los participantes, el número de personas que se atienden en cada código postal o información acerca de cómo grupos de niños y sus padres están aprendiendo y mejorando.

Procedimientos. First 5 SD no reporta de manera individual a niños o familias como parte de su evaluación. La información de su familia será combinada con datos de otras personas para mostrarle a First 5 SD si las familias son ayudadas por nuestros programas. Por ejemplo, algunos de los programas de First 5 SD ayudan a los padres a leerles a sus hijos. El reporte se presentaría de este modo:

Padres que les leen a sus hijos 3 o más veces por semana



Preguntas. Si usted tiene preguntas sobre la evaluación de First 5 SD, puede comunicarse con el Gerente de Evaluación al (858) 285-7710, o escribirle a la dirección que aparece en la parte superior de la hoja.

Participación voluntaria. Usted/su hijo recibe servicios de First 5 SD voluntariamente y puede rehusarlos y dejar de participar en cualquier momento.

Reconocimiento

Yo, _____ he recibido la hoja de información de la Evaluación del Programa First 5 San Diego.

Nombre del padre/tutor (FAVOR DE ESCRIBIR CON LETRA DE MOLDE)

Firma del padre/tutor

Fecha

Niño(s) menores de 6 años que reciben servicios de:

Programa de Preescolar del Distrito Escolar de Chula Vista

Nombre de la Agencia o Programa

Niño (1) – Primer nombre, segundo(s) nombre(s),
apellidos como aparece en el acta de nacimiento

Relación con el niño (1)

Niño (2) – Primer nombre, segundo(s) nombre(s),
apellidos como aparece en el acta de nacimiento

Relación con el niño (2)

Niño (3) – Primer nombre, segundo(s) nombre(s),
apellidos como aparece en el acta de nacimiento

Relación con el niño (3)

Niño (4) – Primer nombre, segundo(s) nombre(s),
apellidos como aparece en el acta de nacimiento

Relación con el niño (4)

Niño (5) – Primer nombre, segundo(s) nombre(s),
apellidos como aparece en el acta de nacimiento

Relación con el niño (5)

Niño (6) – Primer nombre, segundo(s) nombre(s),
apellidos como aparece en el acta de nacimiento

Relación con el niño (6)

PHYSICIAN'S REPORT—CHILD CARE CENTERS
(CHILD'S PRE-ADMISSION HEALTH EVALUATION)

**PLEASE RETURN TO TEACHER WITHIN 30 DAY
OF HIS/HER FIRST DAY OF SCHOOL.**

PART A – PARENT'S CONSENT (TO BE COMPLETED BY PARENT)

_____, born _____ is being studied for readiness to enter
(NAME OF CHILD) (BIRTH DATE)

_____. This Child Care Center/School provides a program which extends from _____ : _____
(NAME OF CHILD CARE CENTER/SCHOOL)

a.m./p.m. to _____ a.m./p.m. , _____ days a week.

Please provide a report on above-named child using the form below. I hereby authorize release of medical information contained in this report to the above-named Child Care Center.

(SIGNATURE OF PARENT, GUARDIAN, OR CHILD'S AUTHORIZED REPRESENTATIVE)

(TODAY'S DATE)

PART B – PHYSICIAN'S REPORT (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN)

Problems of which you should be aware:

Hearing: _____ Allergies: medicine: _____

Vision: _____ Insect stings: _____

Developmental: _____ Food: _____

Language/Speech: _____ Asthma: _____

Dental: _____

Other (Include behavioral concerns): _____

Comments/Explanations: _____

MEDICATION PRESCRIBED/SPECIAL ROUTINES/RESTRICTIONS FOR THIS CHILD: _____

IMMUNIZATION HISTORY: (Fill out or enclose California Immunization Record, PM-298.)

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	1st	2nd	3rd	4th	5th
POLIO (OPV OR IPV)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
DTP/DTaP/ DT/Td (DIPHTHERIA, TETANUS AND [ACELLULAR] PERTUSSIS OR TETANUS AND DIPHTHERIA ONLY)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
MMR (MEASLES, MUMPS, AND RUBELLA)	/ /	/ /			
HIB MENINGITIS (REQUIRED FOR CHILD CARE ONLY (HAEMOPHILUS B))	/ /	/ /	/ /	/ /	
HEPATITIS B	/ /	/ /	/ /		
VARICELLA (CHICKENPOX)	/ /	/ /			

SCREENING OF TB RISK FACTORS (listing on reverse side)

- Risk factors not present; TB skin test not required.
- Risk factors present; Mantoux TB skin test performed (unless previous positive skin test documented).
____ Communicable TB disease not present.

I have have not reviewed the above information with the parent/guardian.

Physician: _____

Address: _____

Telephone: _____

Date of Physical Exam: _____

Date This Form Completed: _____

Signature _____

Physician Physician's Assistant Nurse Practitioner