11/18

CPCD
giving children a head start

EN101

1

En Letra de Molde

SOLICITUD DE INSCRIPCION

Niño(a):_____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: **M/F** **Estado en que Nació: _____**
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Dirección:_____ Apartamento #: _____ Ciudad:_____ Código Postal:_____

Teléfono principal:_____ Teléfono secundario:_____

¿Puede usted transportar a su niño(a) desde y hasta la escuela? **Sí / No**
Si marcó que sí y si no hay cupos en la escuela de su vecindario, ¿Estaría interesado/a en transportar a su niño a otra escuela en su distrito escolar?
Sí / No Si contestó Sí, ¿Dentro de cuantas millas?_____
Si contestó No, ¿Cuál es la dirección en la que el autobús recogería y llevaría a su niño(a)? **Su Casa / Otro Lugar: _____**

Etnicidad del Niño/de la Niña: ____Si es Hispano/Latino ____No es Hispano/Latino

Lenguajes que se hablan en el hogar:
Idioma Principal del Niño: **_____
Idioma Principal de los Padres: **_____
Otro Idioma que se habla en el Hogar: **_____

Raza del Niño/de la Niña:
____No es Específico
____Afroamericano
____Indígena Americano o de Alaska
____Caucásico
____Indígena de Hawái o de las Islas Pacíficas
____Asiático
____Otro : _____

De las siguientes opciones, por favor marque la situación que aplica a su familia:
___ Viven en su propia casa, casa o apartamento rentado
___ Viven en un albergue/refugio **
___ Viven en un parque o campamento de tráileres (casas movibles) **
___ Viven en un hotel o motel **
___ Viven con amigos o parientes – mientras su situación económica mejora **
___ Viven en su vehículo, parque o lugar público **
___ Viven con amigos o parientes – comparten la renta/utilidades

¿Cómo es su situación de vivienda? **Estable / Temporal** ¿Cuántas veces se ha mudado su familia en el último año? **_____

¿Cuál de las siguientes circunstancias mejor describe a su familia? (Indique solamente una):
____Familia de un solo padre, de mamá soltera
____Familia de un solo padre, de papá soltero
____Familia de dos padres, mamá y papá
____Guardián legal del niño(a) inscrito(a)
____Familia de un solo padre, Madre soltera viviendo con compañero
____ Familia de un solo padre, Padre soltero viviendo con compañera
____Familia adoptiva temporal; niño colocado por medio de DHS? **Sí / No ****
Otros familiares, por favor especifique:_____

Información de Seguro de Salud: Medicaid / Privado / CHP+ / Tricare / Ninguno Número de Medicaid:_____
Nombre del Doctor / Clínica: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad y Estado:_____ Código Postal:_____
Hospital de Preferencia: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad y Estado:_____ Código Postal:_____
Seguro Dental: Medicaid / Privado / CHP+ / MetLife / Ninguno
Nombre del Dentista / Clínica: _____Teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad y Estado:_____ Código Postal:_____
Asistencia Pública (Circule todo lo que su familia recibe): **TANF / WIC / SSI / Estampillas de Comida / CCCAP** Número de su caso:_____

Contactos Adicionales (Tienen que ser personas adultas que no sean los padres o guardián legal):
Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación con el Niño(a): _____
Dirección: _____ Ciudad y Estado: _____ Código Postal_____
Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación con el Niño(a): _____
Dirección: _____ Ciudad y Estado: _____ Código Postal_____

SOLAMENTE PARA EL USO DE LA OFICINA: Home school: _____ Requests: _____

DIST	DOB	EHS HS CPP	IE OI	FREE** Reduced** PAID	IZ	LEGAL	ARMY AF	TRANS REQ	PGM YR

Información de la persona que está llenando esta aplicación (tiene que ser uno de los padres o guardián legal):

Nombre: _____ Apellido: _____ Relación con el niño(a):_____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: **M / F** Edad de la madre al nacimiento del niño(a):**_____ ¿Está Discapacitado/a? **Si/No**
Correo Electrónico: _____ Celuar: _____
Etnicidad: **Es Hispano/Latino - No es Hispano/Latino**
Raza: **Afroamericano/Hawaiano o de las Islas Pacíficas/ Indígena Americano o Nativo de Alaska/ Caucásico/Asiático/Sin Especificar/ Otro: _____**
Nivel de Educación: **No Asistió**/No se graduó**/Se graduó de la Secundaria o GED/ Universidad/Titulo Vocacional o Asociado/Licenciatura/Maestría**
¿Asiste actualmente a una escuela/universidad? **Sí / No** ¿Dónde?_____
¿Recibe actualmente capacitación para obtener un trabajo? **Sí / No** ¿Dónde?_____ Teléfono:_____
¿Está trabajando actualmente? **Sí / No** ¿Cuándo comenzó este trabajo?_____
Empleador: _____ Dirección: _____
Ciudad y Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____
¿Con qué frecuencia le pagan: D**iariamente / Semanalmente / Cada dos Semanas, Dos Veces al Mes / Mensualmente?**

Por favor escriba todos sus empleadores en los últimos 12 meses:
Empleador: _____ Fecha que Comenzó: _____Fecha que Terminó _____
Empleador: _____ Fecha que Comenzó: _____Fecha que Terminó _____

Circule todas sus fuentes de ingresos económicos en los últimos 12 meses: **Trabajo/ Recibe Manutención de Niños /Pensión Alimenticia de Ex-Esposo(a)/Recibe Desempleo/Becas Escolares/TANF/SSI/Es Padre o Madre Temporal/Pensión de Cuidados Familiar/Beneficios de Veteranos/Jubilación**

Estado Militar: Activo / Reserva / Guardia Nacional / Veterano Fecha de Alistamiento: _____
Área Militar: Armada / Fuerza Aérea / Naval / Marinos / Guarda Costa Fecha que terminó su Servicio Militar: **_____

¿Está actualmente en despliegue militar? **Sí / No** ** Si contestó que Sí, desde: _____ hasta: _____ ¿Adónde?_____
¿Estuvo en despliegue en los últimos 12 meses? **Sí/ No** Si contestó que Sí, desde: _____ hasta: _____ ¿Adónde?_____
¿Se irá en despliegue militar en los próximos 12 meses? **Sí /No ** ** Si contestó que Sí, desde: _____ hasta: _____ ¿Adónde?_____
Número de despliegues militares servidos durante la vida del niño(a) incluyendo el presente si está actualmente en despliegue: _____ Batallón:

Información acerca de la persona adulta adicional que vive en el hogar (cuyo mantenimiento es apoyado con el mismo ingreso que el niño(a):

Nombre: _____ Apellido: _____ Relación con el niño(a):_____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: **M / F** Edad de la madre al nacimiento del niño(a):**_____ ¿Está Discapacitado/a? **Si/No**
Correo Electrónico: _____ Celular: _____
Etnicidad: **Es Hispano/Latino - No es Hispano/Latino**
Raza: **Afroamericano/Haváiano o de las Islas Pacíficas/ Indígena Americano o Nativo de Alaska/ Caucásico/Asiatico/Sin Especificar/ Otro: _____**
Nivel de Educación: **No Asistió**/No se graduó**/Se graduó de la Secundaria o GED/ Universidad/Titulo Vocacional o Asociado/Licenciatura/Maestría**
¿Asiste actualmente a una escuela/universidad? **Sí / No** ¿Dónde?_____
¿Recibe actualmente capacitación para obtener un trabajo? **Sí / No** ¿Dónde?_____ Teléfono:_____
¿Está trabajando actualmente? **Sí / No** ¿Cuándo comenzó este trabajo?_____
Empleador: _____ Dirección: _____
Ciudad y Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____
¿Con qué frecuencia le pagan: **Diariamente / Semanalmente / Cada dos Semanas, Dos Veces al Mes / Mensualmente?**

Por favor escriba todos sus empleadores en los últimos 12 meses:
Empleador: _____ Fecha que Comenzó: _____Fecha que Terminó _____
Empleador: _____ Fecha que Comenzó: _____Fecha que Terminó _____

Circule todas sus fuentes de ingresos económicos en los últimos 12 meses: **Trabajo/ Recibe Manutención de Niños /Pensión Alimenticia de Ex-Esposo(a)/Recibe Desempleo/Becas Escolares/TANF/SSI/Es Padre o Madre Temporal/Pensión de Cuidados Familiar/Beneficios de Veteranos/Jubilación**

Estado Militar: Activo / Reserva / Guardia Nacional / Veterano Fecha de Alistamiento: _____
Área Militar: Armada / Fuerza Aérea / Naval / Marinos / Guarda Costa Fecha que terminó su Servicio Militar: **_____

¿Está actualmente en despliegue militar? **Sí / No** ** Si contestó que Sí, desde: _____ hasta: _____ ¿Adónde?_____
¿Estuvo en despliegue en los últimos 12 meses? **Sí/ No** Si contestó que Sí, desde: _____ hasta: _____ ¿Adónde?_____
¿Se irá en despliegue militar en los próximos 12 meses? **Sí /No ** ** Si contestó que Sí, desde: _____ hasta: _____ ¿Adónde?_____
Número de despliegues militares servidos durante la vida del niño(a) incluyendo el presente si está actualmente en despliegue: _____ Batallón:

Por favor, escriba el nombre de todos sus niños, vivos o fallecidos, en su orden de nacimiento:

Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo	¿Vive con ustedes?	Escuela a la que actualmente asiste

Estado Familiar: (Si es una familia biparental, por favor omita esta sección y pase a la siguiente)

¿Ha habido una separación o divorcio? **Sí / No** Si contestó que es Sí, ¿cuándo ocurrió?_____

¿Cuál fue la reacción de su niño(a)?_____

¿Está cualquiera de los dos padres ausente de la vida del niño(a) debido a estar encarcelado? **Sí / No****

¿Está cualquiera de los dos padres ausente de la vida del niño(a) debido a que vive fuera del país? **Sí / No****

¿Ha fallecido la madre o el padre del niño(a)? **Sí / No****

¿Y el padre/madre ausente mantiene contacto con su niño(a)? **Sí / No** Arreglos de Custodia: _____

¿Tiene documentos legales o mandatos de la corte relacionados a su niño(a)? **Sí / No** Por favor indique cuales: _____

_____

_____

Historial de nacimiento del niño(a) que está inscribiendo:

¿Cuántos meses de embarazo tenía la madre cuando se enteró de que estaba embarazada?_____ ¿Recibió cuidado prenatal? **Sí / No**

¿Fumó o tomó alcohol la madre durante el embarazo? **Sí / No** Si contestó que Sí, por favor especifique: _____

¿Qué tipo de drogas o medicamentos tomó la madre durante el embarazo?_____

¿Tuvo la madre alguna enfermedad o dificultad durante el embarazo? **Sí / No** Explique por favor: _____

_____

Duración del embarazo: _____semanas El parto duró: _____horas El parto fue: **Fácil / Normal / Difícil**

El parto fue: **Vaginal / Cesárea** Peso del bebé al nacer: ** _____libras _____onzas

El/la niño(a) fue: **Alimentado con leche maternal / Alimentado con fórmula** El/la niño(a) fue alimentado por: **Pecho / botella(biberón)/ ambos**

Estuvo en La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales: **Si /No _____ Días**

¿Fue necesario darle oxígeno al bebé? **Sí/ No** Explique: _____

¿Fue necesaria una transfusión de sangre para el bebé? **Sí / No** Explique: _____

¿Hubo alguna complicación durante o después del parto?_____

Desarrollo Temprano:

Cuando su niño(a) era un bebé, ¿tuvo o tiene ahora dificultades con la alimentación? **Sí/ No**

Tuvo o tiene alergias: **Sí / No** Cólicos: **Sí / No** Le costó/cuesta subir de peso: **Sí / No** Intolerancia de Formula: **Sí / No**

Si marcó que Sí a cualquiera de las opciones, por favor explique: _____

¿Tenía usted, o tenía alguien más, una preocupación seria de que su hijo(a) no se desarrollaba bien? **Sí / No**

Historial Médico:

¿Ha tenido su hijo/a cualquiera de las siguientes condiciones? _____ Le fue prescrito albuterol para la infección respiratoria

____Infecciones del Sistema Respiratorio
____Alergias
____Medicamentos
____Infecciones frecuentes del oído**
____Tubos en el oído**
____Frecuentes Infecciones en la Garganta
____Dolores de estómago
____Problemas de la Vejiga/Riñones
____Problemas de los Huesos/Ortopédicos
____Golpes en la Cabeza/Pérdida de Conciencia
____Fiebres Altas
____Convulsiones/Ataques epilépticos
____Diagnóstico de asma o uso continuo de albuterol
____Problemas/Condiciones del Corazón
____Problemas Emocionales
____Pérdida Frecuente de Sangre por la Nariz
____Problemas para Dormir
____Problemas Dentales
____Tubos de Alimentación
____Problemas con el Peso
____Hiperactivo
____Anemia
____Cirugía
____Accidentes/lesiones serias

Si marcó alguna, por favor explique: _____

¿Alguna vez lo ha llevado a pasar consulta con un especialista? **Sí / No** Si contestó que Sí, por favor explique: _____

Estado de Salud actual:

¿Cómo es la salud actual de su niño(a)? Excelente / Buena / Regular / Mala

¿En la actualidad, está su niño(a) bajo tratamiento médico por cualquier condición? Sí / No

Por favor explique: _____

_____

Que usted sepa, ¿tiene su niño(a) un diagnóstico médico? **Sí / No** Si contestó que Sí, por favor díganos cual: _____

En la actualidad, ¿está tomando su niño(a) algún medicamento? **Sí / No**

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Razón
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Está su niño(a) al corriente con sus vacunas? **Sí / No**

Fecha de su último examen físico: _____ Resultados: _____

Fecha de su último examen dental: _____ Resultados: _____

Fecha de su último examen de la vista: _____ Resultados: _____

¿Usa su niño(a) anteojos o lentes de contacto? **Sí / No** Explique cualquier problema con la vista: _____

Fecha de su último examen del oído: _____ Resultados:_____

¿Cree usted que su niño(a) tenga algún problema con sus oídos? **Sí / No** Si contestó que Sí, por favor explique: _____

Nutrición

¿Su hijo(a) tiene alguna intolerancia a los alimentos como la lactosa? **Sí / No** Por favor especifique: _____

¿Tiene su hijo(a) alguna alergia a los alimentos que haya sido confirmada por un médico? **Sí / No** Por favor explique: _____

¿Tiene su niño(a) alguna alergia hacia algún alimento? **Sí / No** Si contestó que Sí, por favor explique: _____

Describa lo que su niño(a) típicamente come a diario: _____

¿Su hijo(a) evita cualquier otro alimento en específico no mencionado anteriormente? **Sí / No** ¿Por qué? _____

Describa los hábitos alimenticios de su niño(a): _____

_____

Historial Médico de la Familia:

¿Hay en su familia algún historial de cualquiera de las siguientes condiciones?

Asma, ¿quién?_____ Defectos al Nacer, ¿quién?_____ Epilepsia, ¿quién?_____
Tuberculosis, ¿quién?_____ Diabetes, ¿quién?_____ Problemas con el Corazón, ¿quién?_____
Problemas Neurológicos, ¿quién?_____ Otra:_____, ¿quién?_____
¿Hay cualquier otra cosa que usted piensa que deberíamos saber sobre la salud de su niño(a)?
_____
_____

Historial del Niño(a)/Familia:

¿Ha asistido su niño(a) previamente a cualquier otra pre-escuela o guardería? Sí / No

¿Estaba su niño(a) en otro programa de Early Head Start o Head Start en otro condado o estado? Sí / No

Si contestó que Sí, ¿adónde?_____

¿Tiene su niño(a) un Plan Individual de Educación (IEP) o Plan Individual de Servicios a la Familia (IFSP)? **Sí / No**

Si contestó que Sí, ¿de dónde?_____

¿Asiste su niño(a) actualmente a una pre-escuela o guardería? Sí / No Si contestó que Sí, ¿a cuál?_____

¿Qué cambios mayores han ocurrido en su familia o la vida de su niño(a) durante el año pasado?_____

_____

¿Alguna vez ha sufrido su familia el suicidio de algún familiar cercano? Sí / No

¿Ha sufrido su familia de violencia doméstica desde que nació su niño(a)? Sí / No **

¿Ha sufrido su niño(a) algún evento traumático en su vida? Sí / No Si contestó que Sí, explique por favor: _____

_____

¿Tiene alguna persona que vive en el hogar una historia de alcoholismo? Sí / No ** Si contestó que Sí, ¿quién?_____

¿Tiene alguna persona que vive en el hogar una historia de adicción a drogas? Sí / No ** Si contestó que Sí, ¿quién?_____

¿Tiene alguna persona de la familia una condición mental? Sí / No ** Si contestó que Sí, explique cuál y quién por favor: _____

¿Tiene alguna persona de la familia discapacidad en el aprendizaje? Sí / No ** Si contestó que Sí,, explique cuál y quién por favor: _____

¿Tiene alguna persona de la familia una enfermedad debilitante o problemas serios de salud? Sí/No** Si contestó que Sí, explique cuál y quién por favor: _____

Si usted tiene más de un niño(a) en su casa, ¿siente usted que a veces sus niños muestran demasiada violencia entre ellos? Sí / No **

¿Es su niño(a) demasiado desafiante o muestra un comportamiento agresivo que le preocupa a usted? Sí / No

Si contestó que Sí, por favor, responda a la siguiente serie de preguntas:

¿Hace su niño daño a otros niños o a animales? Sí / No

¿Ha habido veces que su niño se daña a sí mismo cuando su comportamiento está fuera de control? Sí / No

¿Ha habido veces en que le pidieron a su niño(a) que se saliera de una guardería o lugar parecido debido a asuntos de su comportamiento que no se pudieron resolver? Sí / No

¿Piensa usted que su niño(a) está deprimido, demasiado temeroso, triste o demasiado preocupado? Si **/No**

Recursos en la Comunidad:

Por favor, marque cualquier tipo de programa o servicios con los que le podríamos ayudar en este momento:

____Servicios Sociales, que incluyen TANF, Medicaid, Estampillas para Comida, y CCAP
____Evaluaciones o consejería profesional
____CHP+
____Servicios Militares
____Servicios de Recreativos
____Servicios Educativos
____Dentales
____Clases sobre la Crianza de Hijos
____Evaluaciones de Visión/Oído
____Vivienda
____Ropa
____Comida
____Transportación
____Enfermera de Salud Pública
____Cuidado de niños/Respiro
____Otro:_____

Instrucciones especiales para comunicarse con los padres/guardián legal:

_____
_____
_____

_____CPCD quiere que usted y su hijo/a se sientan bien con ustedes mismos y con su vida. Sabemos que los niños que saben cómo manejar sus sentimientos están listos para aprender y tener éxito en la escuela. Es por eso que cada salón de clases de CPCD tiene una Consejera de Salud del Comportamiento (BHC-por sus siglas en inglés) cuyo trabajo es ayudar a todos los niños a aprender habilidades sociales, como tomar turnos, calmarse cuando están molestos, resolver problemas y como ser buenos amigos. Nuestro objetivo es ayudar a cada niño a tener éxito y ser feliz en la escuela.

_____ Aquí en CPCD, participamos en el programa Results Matter a través del Departamento de Educación de Colorado. CPCD evalúa el aprendizaje de los niños usando el programa GOLD® de Estrategias de Aprendizaje, que nos ayuda planificar experiencias de aprendizaje individuales para su hijo. También compartimos esta información con Results Matter para mejorar la calidad de la educación a edad temprana en Colorado. CPCD nunca comparte la información de la identificación personal de su hijo.

YO SOY EL/LA GUARDIAN LEGAL DE ESTE NIÑO(A) Y CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR - INCLUYENDO LOS INGRESOS PRESENTADOS – ES VERDADERA Y CORRECTA DE ACUERDO A LA INFORMACIÓN QUE YO TENGO.

Firma del Guardián: _____ Fecha: _____

Nombre del Guardián en letra de molde: _____

Firma del Miembro del Personal: _____ Fecha: _____

Nombre del Miembro del Personal en letra de molde: _____

UNA COPIA DE ÉSTE DOCUMENTO (ELECTRÓNICO O DE OTRO TIPO) DEBE DE TENER EL MISMO EFECTO QUE EL ORIGINAL.