



Paquete de inscripción EHS

220 North Grant Avenue, Fort Collins, CO 80521

Phone: (970) 490-3204 Fax: (970) 490-3134 Email: psdece@psdschools.org bit.ly/PSDpreschool

Información de contacto de emergencia

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

Contacto de Emergencia (que no sea Guardián Primario y Secundario): _____ Relación con el niño: _____

Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Celular): _____

Marque todo lo que corresponda: Contacto de emergencia Permiso de recojer al nino

¿Esta persona tiene al menos 16 años de edad con un documento de identidad válido? Sí No

Contacto de Emergencia (que no sea Guardián Primario y Secundario): _____ Relación con el niño: _____

Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Celular): _____

Marque todo lo que corresponda: Contacto de emergencia Permiso de recojer al nino

¿Esta persona tiene al menos 16 años de edad con un documento de identidad válido? Sí No

Contacto de Emergencia (que no sea Guardián Primario y Secundario): _____ Relación con el niño: _____

Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Celular): _____

Marque todo lo que corresponda: Contacto de emergencia Permiso de recojer al nino

¿Esta persona tiene al menos 16 años de edad con un documento de identidad válido? Sí No

Contacto de Emergencia (que no sea Guardián Primario y Secundario): _____ Relación con el niño: _____

Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Celular): _____

Marque todo lo que corresponda: Contacto de emergencia Permiso de recojer al nino

¿Esta persona tiene al menos 16 años de edad con un documento de identidad válido? Sí No

Contacto de Emergencia (que no sea Guardián Primario y Secundario): _____ Relación con el niño: _____

Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Celular): _____

Marque todo lo que corresponda: Contacto de emergencia Permiso de recojer al nino

¿Esta persona tiene al menos 16 años de edad con un documento de identidad válido? Sí No

Contacto de Emergencia (que no sea Guardián Primario y Secundario): _____ Relación con el niño: _____

Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Celular): _____

Marque todo lo que corresponda: Contacto de emergencia Permiso de recojer al nino

¿Esta persona tiene al menos 16 años de edad con un documento de identidad válido? Sí No

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

Por favor, lea cada casilla, inicial y marque Acordar o Desacuerdo

	EHS Contrato de permisos	Marcelos
Electrónicos	Doy permiso para publicar la foto, video y/ o nombre de mi hijo(a) en medios impresos y / o electrónicos. (Formulario adicional para completar si no está de acuerdo)	<input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> Desacuerdo
Divulgación de información	Autorizo El Programa de Educación Temprana del Distrito Escolar de Poudre a divulgar información a agencias/proveedores asociados de la Comunidad, proveedores de servicios contratados y a proveedores identificados por el padre/tutor.	<input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> Desacuerdo
Información específica compartida	Entiendo que seguir la política del Distrito Escolar de Poudre, va a tener que completar una forma de liberación de archivo cada vez que quiero acceso a una copia del archivo de mi hijo(a).	<input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> Desacuerdo
Contacto telefónico	Doy mi permiso para que el personal del programa dé mi número de teléfono a otro padre con el propósito de eventos del programa/salón y en la involucración de padres.	<input type="checkbox"/> Acuerdo <input type="checkbox"/> Desacuerdo
Política de asistencia	Entiendo que, si mi hijo(a) está inscrito en el Programa de Educación Temprana del Distrito Escolar de Poudre, mi hijo(a) estará sujeto a la política de asistencia del programa. Entiendo que las dificultades de asistencia conducirán a una revisión de matrícula de mi hijo(a) y a la posibilidad de cancelación de su matrícula. Entiendo que esto no es cuidado de entrega.	Inicial _____
Acuerdo de Opción del Centro (Solo para opcion de center)	Entiendo que estoy recibiendo cuidado de niños sin costo alguno durante los siguientes días y horas: Me comprometo a asistir a estos tiempos y llamar al centro cuando mi hijo no va a asistir. Entiendo que los problemas de asistencia llevaran a una revisión de la matrícula de mi hijo y la posibilidad de cancelación de su espacio. Entiendo que esto no es una situación de cuidado de la caída.	Inicial _____
Custodia y Orden Judicial	Entiendo que debo proporcionar Custodia y Órdenes judiciales que pertenecen a mi hijo(a) al El Programa de Educación Temprana para que la escuela esté consiente y siga las instrucciones especiales.	Inicial _____
Recopilación de datos	Entiendo que el Programa de Educación Temprana del Distrito Escolar de Poudre recopila información estadística no identificable para ser utilizada con fines de documentación, información del programa financiamiento, y reportes.	Inicial _____
Visitas y conferencias en casa	Entiendo que habrá visitas domiciliarias semanales requeridas (para todas las familias) durant el año. Las visitas domiciliarias pueden incluir apoyo del personal Educación, Salud y especialista de Familia. Si no puedo hacer una visita programada, debo reprogramar. Entiendo que la falta de asistencia a las visitas domiciliarias conducirá a una revisión de la matrícula de mi hijo(a) y puede llevar la baja del programa.	Inicial _____
Salud Mental	Entiendo que se puede proporcionar apoyo y/o consulta en salud mental.	Inicial _____
Involucramiento de Padres	Yo entiendo que el Programa de Educación Temprana anima a padres a que se involucren y entiendo que se espera que yo participe en el programa.	Inicial _____
Archivo acumulativo del Distrito Escolar de Poudre	Entiendo que, si mi hijo(a) está inscrito en un Programa de Educación Temprana del Distrito Escolar de Poudre, los registros de mi hijo(a) serán transferidos a su archivo acumulativo del Distrito Escolar de Poudre.	Inicial _____
Garantía de calidad	Entiendo que puede haber un supervisor que viene a mi casa durante una visita programada con uno miembros del personal mencionados anteriormente con el propósito de asegurar la calidad.	Inicial _____
Evaluaciones	Entiendo que mi hijo(a) será examinado durante todo el año escolar con el propósito de evaluar las necesidades de visión, audición, dental, habla, crecimiento y desarrollo.	Inicial _____

Firma del padre/tutor
Solo firma manuscrita o digital

Nombre completo con letra de molde Fecha

Condiciones de Salud

Estudiante Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Proveedor de Servicios de Salud/Clinica Médica: _____ Fecha de último examen: _____

Dentista/ Clínica Dental: _____ Fecha de último examen: _____

¿Su hijo/a actualmente recibe WIC? SI No

Seguro Médico:

Medicaid/HealthFirst Colorado Health PlanPlus (CHP+) Ninguno Otro _____

Hospital de Preferencia:

Poudre Valley Hospital McKeeMedical Center Medical Center of the Rockies Banner Health

Condiciones de Salud:

Respuesta		Condición de Salud	Respuesta		Condición de Salud
SI	NO	Alergias – Medio Ambiente, Animales	SI	NO	Problemas del Oídos ¿usa aparato auditivo? SI NO
SI	NO	Alergias – Comida	SI	NO	Cardiacos
SI	NO	Alergia - Insectos	SI	NO	Riñones / Urinarios
SI	NO	Alergia - Medicamento	SI	NO	Salud Mental
SI	NO	Asma	SI	NO	Problemas Neurológicos
SI	NO	Autismo Trastorno del Espectro	SI	NO	Ortopédicos
SI	NO	Lesión en la Cabeza / Cerebro	SI	NO	Restricciones físicas
SI	NO	Cáncer	SI	NO	Historia de nacimiento importante
SI	NO	Problemas para masticar o tragar	SI	NO	Convulsiones/Epilepsia
SI	NO	Diabetes	SI	NO	Dieta especial
SI	NO	Tubo- G	SI	NO	Problemas de Visión – ¿usa lentes? SI NO
SI	NO	Transformo genético	OTRO:		

Explique cualquier condición(es) de salud arriba: _____

¿Su hijo(a) necesita medicamentos en la escuela? SI NO

Escriba el nombre de la medicina(s): _____

*imprima o solicite una forma de Autorización para Administrar Medicamentos de la escuela o de la página de internet de PSD en los servicios de salud

Por favor escriba cualquier medicamento/s que tome su hijo(a) todos los días en casa: _____

Yo he dado esta información de salud de manera voluntaria. Entiendo que necesito proveer los siguientes documentos para el archivo de salud de mi hijo(a): Las vacunas actuales, examen físico, examen dental y los resultados de plomo.

Firma del Padre/Tutor

Fecha