

EHS Enrollment Packet

2020-2021

INFORMACION DE CONTACTOS DE EMERGENCIA ADEMÁS DE LOS PADRES/TUTORES

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____ Child+#: _____

Nombre del Contactos de Emergencia:		Relacion con el nino(a)	
Domicillo:			
Ciudad, Estado, Codiga Postal:			
1er Telefono: 2do Telefono:	<input type="checkbox"/> de casa <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de casa <input type="checkbox"/> celular	Marque todos los que apliquen: <input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia <input type="checkbox"/> Permiso para Recoger al niño(a) Es esta persona por lo menos 16 años de edad con una identificación válida de gobierno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	

Nombre del Contactos de Emergencia:		Relacion con el nino(a)	
Domicillo:			
Ciudad, Estado, Codiga Postal:			
1er Telefono: 2do Telefono:	<input type="checkbox"/> de casa <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de casa <input type="checkbox"/> celular	Marque todos los que apliquen: <input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia <input type="checkbox"/> Permiso para Recoger al niño(a) Es esta persona por lo menos 16 años de edad con una identificación válida de gobierno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	

Nombre del Contactos de Emergencia:		Relacion con el nino(a)	
Domicillo:			
Ciudad, Estado, Codiga Postal:			
1er Telefono: 2do Telefono:	<input type="checkbox"/> de casa <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> de casa <input type="checkbox"/> celular	Marque todos los que apliquen: <input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia <input type="checkbox"/> Permiso para Recoger al niño(a) Es esta persona por lo menos 16 años de edad con una identificación válida de gobierno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____ Child+ # _____

Por favor lea, marque y ponga sus iniciales en cada casilla

CONTRATO DE PERMISOS		Iniciales en todas
Hacer la Información Publica	Yo autorizo al Programa de Educación Temprana del Distrito Escolar de Poudre para dar información a agencias de salud, médica, nutrición y dental enlistada. <input type="checkbox"/> De Acuerdo <input type="checkbox"/> Desacuerdo	
Colección de Datos	Entiendo que el Programa de Educación Temprana del Distrito Escolar de Poudre recaba información estadística no identificable para usarse para la documentación, Reporte de Información del Programa y para propósitos de financiamiento. <input type="checkbox"/> De Acuerdo <input type="checkbox"/> Desacuerdo	
Permiso de Incluir a los Niños en la media	Doy mi permiso al Programa de Educación Temprana del Distrito Escolar de Poudre para incluir a mi hijo(a) en un video del distrito escolar, comunicados de prensa, o la publicación de medios sociales (Facebook, Instagram, Twitter). Estos pueden ser usados para el propósito de entrenamiento de maestros y/o propósitos de promoción para el Programa de Educación Temprana del Distrito Escolar de Poudre <input type="checkbox"/> De Acuerdo <input type="checkbox"/> Desacuerdo	
Contacto Telefónico	Doy mi permiso al personal del programa para que dé mi número telefónico a otros padres solo para el propósito de eventos del programa/salón y participación de padres. <input type="checkbox"/> De Acuerdo <input type="checkbox"/> Desacuerdo	
Visitas a Casas y Conferencias	Entiendo que habrá seis visitas de casa y conferencias de padres/maestras que requeridas por 90 minutos por mes durante el año escolar proporcionados por el personal de Educación, Salud y mentora de Familia. Si no puedo hacer una visita programada, debo reprogramarlo dentro del mismo mes. Entiendo que la falta de asistencia a las visitas de casa conducirá a una revisión de la matrícula de mi hijo(a) y la posibilidad de cancelación de su despacio.	
Garantía de Calidad	Yo entiendo que puede haber un supervisor que venga a mi casa durante una visita programada a casa con uno de los miembros del personal mencionados arriba para el propósito de garantizar la calidad.	
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.	
Evaluaciones	Yo entiendo que mi hijo(a) será evaluado al iniciar y a través durante año escolar si es inscrito. Con el propósito de evaluar la visión, la audición, dental, el habla, crecimiento y necesidades del desarrollo. Doy mi permiso al Programa de Educación Temprana de PSD para hacer las evaluaciones.	
Archivo Acumulativo del Distrito Escolar de Poudre	Yo entiendo que mi niño(a) está inscrito en el Programa de Educación Temprana del Distrito Escolar de Poudre, el archivo de mi hijo(a) será transferido al archivo acumulativo del Distrito Escolar de Poudre.	
Custodia y Orden de Corte	Entiendo que yo debo proporcionar órdenes de Custodia y de la Corte relacionadas con mi hijo(a) al Programa de Educación Temprana para que la escuela esta consiente y proporcione las instrucciones especiales.	
Acuerdo de Opción del Centro	Entiendo que estoy recibiendo cuidado de niños sin costo alguno durante los siguientes días y horas: <hr/> 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 despacio. Entiendo que esto no es una situación de cuidado de la caída.	
Matriculación de Opción del Centro	Entiendo que una vez que mi hijo(a) cumpla tres años, ya no califica para la opción del centro del programa de EHS y que tendré que cambiar al programa de opción de casa de EHS u obtener cuidado del centro por mi cuenta	

Esta forma es válida para el año escolar 2020-2021.

X _____

Firma del Padres/Tutor

Escribe su nombre

Fecha

Cambios en la Familia

Ha habido cambios importantes en su familia en los últimos 12 meses (marque todos los que apliquen):

- | | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Matrimonio | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Muerte |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Mudanza | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Perdida de Trabajo |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Violencia Domestica | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Encarcelación |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Abuso (sexual, físico o emocional) | | | |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Casa Temporal | | | |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Padres Desplegados | | | |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Divorcio | | | |
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Otro: | | | |

Describe cuando ocurrieron los cambios y cual fue la reacción del niño/a :

Historia de Salud Familiar

Algún miembro de la familia tiene lo siguiente: Nombre y Relación con el niño/a

Dificultades Emocionales	
Depresion	
Diagnostico Psiquiátrico	
Salud Mental	
Uso de Drogas	
Fuma	
Alcoholismo	

VERIFICACION DE INFORMACION

Firmando abajo, yo confirmo que la información proporcionada al Programa de Educación Temprana del Distrito Escolar de Poudre en este paquete de inscripción, es al mejor de mis conocimientos, completa y verdadera.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

Quien lleno esta solicitud: Madre Padre Tutor Pariente Otro (por favor especifique):

ERSEA Staff Signature

Date

2020-2021 Condiciones de Salud

Estudiante Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

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

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

Es matriculado usted en el Programa de Cupones para Alimentos (SNAP) SI No

¿Su hijo/a actualmente recibe WIC? SI No

Seguro Médico:

Medicaid/Health First Colorado Health Plan Plus (CHP+) Ninguno Otro _____

Hospital de Preferencia:

Poudre Valley Hospital McKee Medical 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): _____

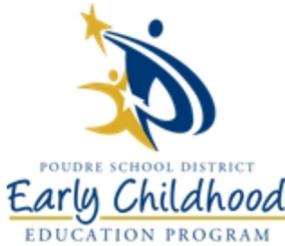
*imprima o solicite una forma de [Autorización para Administrar Medicamentos](#) de la escuela o de la página de internet de PSD en los servicios de salud

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
11/18/19

Fecha



FORMULARIO DEL LENGUAJE EN EL HOGAR Y LUGAR DE RESIDENCIA ESTUDIANTIL

Las regulaciones estatales y federales **requieren** que las escuelas identifiquen e informen acerca de el(los) idioma(s) que cada niño en el hogar habla y escucha, y determinen la elegibilidad para recibir servicios educativos para inmigrantes, migrantes, refugiados o por medio de *McKinney*. Esta información se utiliza para garantizar que se satisfagan los derechos educativos de cada niño. Por favor tome unos minutos para responder este cuestionario. **Esta información confidencial es para uso de la escuela exclusivamente.**

Apellidos del estudiante	Primer nombre del estudiante	Segundo nombre del estudiante
Fecha de nacimiento	País de nacimiento	Domicilio: _____
Fecha en la que el estudiante entró a Colorado	Fecha en la que el estudiante entró a los Estados Unidos	# de teléfono del hogar: _____
Nombre del padre de familia o tutor		# de teléfono del trabajo: _____

Información sobre el lenguaje en el hogar:

¿El primer idioma del estudiante fue distinto al inglés?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Lenguaje: _____
¿El estudiante habla otro idioma que no sea inglés?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Lenguaje: _____
¿En casa se utiliza otro idioma que no sea inglés?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Lenguaje: _____
¿Necesitará un intérprete para las reuniones con los maestros, llamadas telefónicas y alguna otra comunicación oral?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	Lenguaje: _____

¿Vino a vivir a Colorado con la intención de trabajar en agricultura, ganadería o piscicultura?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Trabaja en agricultura, ganadería o piscicultura?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Le han dado documentos de "Estatus de Refugiado"?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Su hijo(a) ha asistido a otra escuela en los Estados Unidos u otro país?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Si la respuesta es afirmativa, por favor conteste la página 2.)

Información sobre la vivienda

La ley McKinney-Vento de Asistencia protege y apoya los derechos educativos de los estudiantes que no tengan una vivienda permanente. Sus respuestas ayudan a determinar el tipo de apoyo que su estudiante pudiera recibir, si reúne los requisitos.

*Esta **información confidencial** es para uso exclusivo de la escuela.*

A. Por favor marcar la situación que corresponda con la situación de vivienda de el/la estudiante: (Puede indicar más de una.)

- Vive con parientes, personas que no sean de la familia o amigos.
- Motel, vehículo, campamento o parque
- Refugio (emergencia, centro de acogida) o programa de alojamiento provisional
- Vivienda inadecuada (la cocina, baños, agua o electricidad son inapropiados, y/o tiene plagas, hongos u otros peligros)
- Ninguna de las anteriores
- Alguna otra situación (Por favor explicar.)

B. Por favor indicar todas las razones, que se presentan a continuación, con respecto a la situación de vivienda de el/la estudiante: (Puede indicar más de una.)

- Pérdida de vivienda
- Dificultades financieras
- En espera temporal de casa o apartamento
- Al cuidado de un miembro de la familia
- Reside con su novio/novia/pareja/amigo(a)
- Pérdida de empleo
- Movilización (servicio militar) del padre de familia/tutor legal
- Ninguna de las anteriores
- Alguna otra razón (Por favor explicar.)

C. Mi estudiante vive separado de sus padres o tutores legales. Sí No

Los estudiantes **que no tengan** un lugar de vivienda fijo, regular y adecuado, en donde pasar la noche, tienen los siguientes derechos:

Derechos educativos

1. Asistir a la escuela, sin tener en cuenta su vivienda, o por cuanto tiempo hayan habitado allí.
2. Escoger entre la escuela que corresponda al área de la vecindad, en donde están residiendo en la actualidad, y la escuela a la que asistieron antes de perder su vivienda, o la última escuela en donde estaban matriculados.
3. Matricularse en una escuela sin comprobante de domicilio, vacunas, expedientes escolares u otros documentos.
4. Tener acceso a actividades extracurriculares.
5. Obtener transporte a la escuela en la que estaban matriculados antes de que cambiara su situación con respecto a su vivienda. (Siempre y cuando sea factible y beneficioso para su educación.)
6. Recibir todos los servicios escolares que necesiten (incluyendo desayuno/almuerzo gratuito, exención de pagos y costos).
7. No estar expuestos a ningún acoso ni aislamiento.
8. Resolución rápida de conflictos con las escuelas.

Las preguntas acerca de estos derechos se pueden dirigir a la especialista local del programa McKinney-Vento, llamando al teléfono 970-490-3242.

Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entendido los derechos mencionados anteriormente.

Firma de sus padres o tutor legal

Fecha



Autorización para el Acceso de la Información Protegida de la Salud

El Doctor del Niño(a)

Padre para completar

Autorizo: _____
 (Nombre del Clínica o Proveedor)

(Dirección del Clínica o Proveedor)

Para emitir información de la salud del individual nombrado abajo

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Número de teléfono _____ Nombre de Madre y Padre _____

Para PSD Personal de salud

Autorizo la información para ser divulgado a y para ser discutido con el individuo(s) o la organización(s) siguiente:

Poudre School District Early Childhood Health Staff
220 North Grant Fort Collins CO 80521 Fax 970-490-3134

For the purpose of: Early Childhood Health Requirements

El tipo y la cantidad de información que se divulgará es como sigue: *(especifique las fechas cuando sea apropiado)*

- Expediente médico entero del, del _____ hasta la fecha _____
- Declaración sumaria del plan de diagnóstico de la prueba y del tratamiento, del _____ hasta la fecha _____
- Resultado Del Laboratorio, del _____ hasta la fecha _____
- Expedientes de la inmunización, del _____ hasta la fecha _____
- Examen del Bien-niño, del _____ hasta la fecha _____
- Examen dental, del _____ hasta la fecha _____
- Informes y evaluaciones de desarrollo, del _____ hasta la fecha _____
- Otro: _____ (usted debe indicar específicamente el lanzamiento de expedientes referente abuso de la droga o de alcohol, abuso de niño, estado del VIH, la prueba genética, o a expedientes mentales de la salud. Una forma separada de la autorización se requiere para el lanzamiento de las notas de la sicoterapia.
- Consulta verbal según lo necesitado con _____

Padre para leer y firmar

Entiendo que esta autorización expirará, sin mi revocación expresa un año a partir de la fecha de la firma. Entiendo que puedo revocar esta autorización en escribir en cualquier momento a menos que hasta el punto de la acción se haya tomado basada en esta autorización. Entiendo que tengo una derecha a una copia de esta autorización. Entiendo que la autorización para el acceso de esta información de la salud es voluntaria y puedo rechazar firmar esta autorización. El tratamiento, el pago, la inscripción en el plan de la salud o la elegibilidad para las ventajas no se pueden condicionar en la obtención de la autorización de individuales. Entiendo que cualquier acceso de la información lleva con él el potencial para el re-acceso y la información está divulgada una vez, él puedo ser protegido no más de largo por reglas federales del secreto de HIPAA.

Firma del paciente, padre o del representante personal autorizado **Fecha**

Escriba el Nombre paciente, padre o del representante personal autorizado **Relación**



Autorización para el Acceso de la Información Protegida de la Salud

El Dentista del Niño(a)

Padre para completar

Autorizo: _____
 (Nombre del Clínica o Proveedor)

 (Dirección del Clínica o Proveedor)

Para emitir información de la salud del individual nombrado abajo

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Número de teléfono _____ Nombre de Madre y Padre _____

Para PSD Personal de salud

Autorizo la información para ser divulgado a y para ser discutido con el individuo(s) o la organización(s) siguiente:

Poudre School District Early Childhood Health Staff
220 North Grant Fort Collins CO 80521 Fax 970-490-3134

For the purpose of: Early Childhood Health Requirements

El tipo y la cantidad de información que se divulgará es como sigue: *(especifique las fechas cuando sea apropiado)*

- Expediente médico entero del, del _____ hasta la fecha _____
- Declaración sumaria del plan de diagnóstico de la prueba y del tratamiento, del _____ hasta la fecha _____
- Resultado Del Laboratorio, del _____ hasta la fecha _____
- Expedientes de la inmunización, del _____ hasta la fecha _____
- Examen del Bien-niño, del _____ hasta la fecha _____
- Examen dental, del _____ hasta la fecha _____
- Informes y evaluaciones de desarrollo, del _____ hasta la fecha _____
- Otro: _____ (usted debe indicar específicamente el lanzamiento de expedientes referente abuso de la droga o de alcohol, abuso de niño, estado del VIH, la prueba genética, o a expedientes mentales de la salud. Una forma separada de la autorización se requiere para el lanzamiento de las notas de la sicoterapia.
- Consulta verbal según lo necesitado con _____

Padre para leer y firmar

Entiendo que esta autorización expirará, sin mi revocación expresa un año a partir de la fecha de la firma. Entiendo que puedo revocar esta autorización en escribir en cualquier momento a menos que hasta el punto de la acción se haya tomado basada en esta autorización. Entiendo que tengo una derecha a una copia de esta autorización. Entiendo que la autorización para el acceso de esta información de la salud es voluntaria y puedo rechazar firmar esta autorización. El tratamiento, el pago, la inscripción en el plan de la salud o la elegibilidad para las ventajas no se pueden condicionar en la obtención de la autorización de individuales. Entiendo que cualquier acceso de la información lleva con él el potencial para el re-acceso y la información está divulgada una vez, él puedo ser protegido no más de largo por reglas federales del secreto de HIPAA.

Firma del paciente, padre o del representante personal autorizado **Fecha**

Escriba el Nombre paciente, padre o del representante personal autorizado **Relación**