

Sólo uso de oficina  
 Fecha de recepción: \_\_\_\_\_  
 Fase de inscripción: \_\_\_\_\_



**Guarde su archivo a menudo para no perder su trabajo.**

**2020-2021**  
**Paquete de inscripción 3-5**  
**Programa de Educación Temprana del Distrito Escolar de Poudre**

220 N. Grant Ave. Fort Collins, CO 80521  
 Teléfono: (970) 490-3204 Fax: (970)490-3134 bit.ly/PSDpreschool

**VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN**

*Con mi firma, estoy verificando que la información proporcionada al Programa de Educación Temprana del Distrito Escolar de Poudre in este paquete de inscripción es, a lo mejor de mi conocimiento, completa y veraz.*

\_\_\_\_\_  
 Firma Nombre impreso Fecha

Quién completó esta solicitud: Madre  Padre  Tutor

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del niño: \_\_\_\_\_

**Por favor complete toda la información en tinta negra o azul**

Fases	Comunicación sobre la colocación
Aplicación temprana * <b><u>6 de enero de 2020 - 28 de febrero de 2020</u></b>	Enviado por correo antes del 10 de abril de 2020
Aplicación* <b><u>1 de marzo de 2020 - último día de escuela (19 de mayo de 2020)</u></b>	Enviado por correo antes del 10 de junio de 2020
Aplicación retrasada* <b><u>20 de mayo de 2020 – 1 de agosto de 2020</u></b>	Enviado por correo antes del primer día de clases
Aplicación continua durante todo el año* <b>Cualquier cosa después del 2 de agosto de 2020</b>	Varía depende en el volumen de aplicaciones y el sitio solicitado.  (10-15 días hábiles para procesar la solicitud, fecha de colocación depende de la solicitud)

\*Esto se aplica a las aplicaciones originales COMPLETAS, los paquetes de reinscripción COMPLETOS, las solicitudes de cambio de salones de clases, los cambios de datos y los cambios de la dirección.

\*La elegibilidad y las Ubicaciones dentro de ciertas fuentes financiadas son limitadas.

## 2020-2021 3-5 Paquete de Inscripción

**Nombre del niño:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento del niño:** \_\_\_\_\_

Complete las siguientes casillas con la información de contacto actual del Padre/Tutor y la información del empleador. Esta información es necesaria para que podamos ponernos en contacto con usted en caso de emergencia. Los Tutores Primarios y Secundarios serán contactados primero. Es posible que se agreguen contactos de emergencia adicionales en la siguiente página.

<b>Guardián principal:</b>	
<b>Dirección:</b> <b>Ciudad, Estado, Zip:</b>	
<b>Teléfono(s):</b>	(    ) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular (    ) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular ¿Mensajes de texto ok?   Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Correo electrónico:</b>	
<b>Empleador:</b>	
<b>Dirección:</b> <b>Ciudad, Estado, Zip:</b>	
<b>Teléfono de trabajo:</b>	(    )

<b>Guardián secundario:</b>	
<b>Dirección:</b> <b>Ciudad, Estado, Zip:</b>	
<b>Teléfono(s):</b>	(    ) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular (    ) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular ¿Mensajes de texto ok?   Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Correo electrónico:</b>	
<b>Empleador:</b>	
<b>Dirección:</b> <b>Ciudad, Estado, Zip:</b>	
<b>Teléfono de trabajo:</b>	(    )

## Información de contacto de emergencia

**Nombre del niño:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento del niño** \_\_\_\_\_

<b>Contacto de Emergencia (que no sea Guardián Primario y Secundario)</b>		<b>Relación con el niño:</b>	
<b>Dirección:</b> Ciudad, Estado, Zip:			
<b>Teléfono:</b>	(    ) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular	<b>Marque todo lo que corresponda</b> <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Liberar al niño para ¿Esta persona tiene al menos 16 años de edad con un documento de identidad válido? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	(    ) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular		

<b>Contacto de Emergencia (que no sea Guardián Primario y Secundario)</b>		<b>Relación con el niño:</b>	
<b>Dirección:</b> Ciudad, Estado, Zip:			
<b>Teléfono:</b>	(    ) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular	<b>Marque todo lo que corresponda</b> <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Liberar al niño para ¿Esta persona tiene al menos 16 años de edad con un documento de identidad válido? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	(    ) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular		

<b>Contacto de Emergencia (que no sea Guardián Primario y Secundario)</b>		<b>Relación con el niño:</b>	
<b>Dirección:</b> Ciudad, Estado, Zip:			
<b>Teléfono:</b>	(    ) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular	<b>Marque todo lo que corresponda</b> <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Liberar al niño para ¿Esta persona tiene al menos 16 años de edad con un documento de identidad válido? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	(    ) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular		

<b>Contacto de Emergencia (que no sea Guardián Primario y Secundario)</b>		<b>Relación con el niño:</b>	
<b>Dirección:</b> Ciudad, Estado, Zip:			
<b>Teléfono:</b>	(    ) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular	<b>Marque todo lo que corresponda</b> <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Liberar al niño para ¿Esta persona tiene al menos 16 años de edad con un documento de identidad válido? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	(    ) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular		

<b>Contacto de Emergencia (que no sea Guardián Primario y Secundario)</b>		<b>Relación con el niño:</b>	
<b>Dirección:</b> Ciudad, Estado, Zip:			
<b>Teléfono:</b>	(    ) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular	<b>Marque todo lo que corresponda</b> <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Liberar al niño para ¿Esta persona tiene al menos 16 años de edad con un documento de identidad válido? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	(    ) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular		

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del niño: \_\_\_\_\_

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

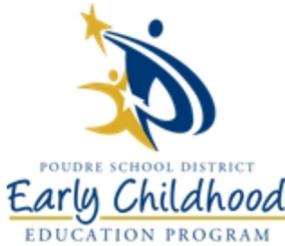
	<b>Contrato de permisos</b>	<b>Inicial o Cheque</b>
<b>Divulgación de información</b>	Autorizo El Programa de Educación Temprana del Distrito Escolar de Poudre a divulgar información a agencias/proveedores asociados de la Comunidad, proveedores de servicios contratados y a proveedores identificados por el padre/tutor.	<input type="checkbox"/> Acordar <input type="checkbox"/> Desacuerdo
<b>Información específica compartida</b>	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"/> Acordar <input type="checkbox"/> Desacuerdo
<b>Excursiones de campo (solo para niños de 3 a 5 años)</b>	Entiendo que mi hijo(a) viajará en un autobús del Distrito Escolar de Poudre cuando vaya a viajes de campo supervisados como parte del programa. Los permisos deben estar firmados para cada viaje para que mi hijo(a) pueda participar.	<input type="checkbox"/> Acordar <input type="checkbox"/> Desacuerdo
<b>Protector solar/loción para manos</b>	Entiendo que el protector solar y la loción se pueden usar en mi hijo(a) y en las actividades en el salón. La información del producto para el protector solar está disponible en el salón.	<input type="checkbox"/> Acordar <input type="checkbox"/> Desacuerdo
<b>Contacto telefónico</b>	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"/> Acordar <input type="checkbox"/> Desacuerdo
<b>Atención médica de emergencia</b>	En caso de emergencia, el Programa de Educación Temprana del Distrito Escolar de Poudre llamará al 911 y accederá a asistencia médica para mi hijo(a). Entiendo que se harán todos los intentos razonables para ponerse en contacto conmigo mismo y/o mis contactos de emergencia. En el caso de que no pueda ser contactado, doy permiso para que el Programa de Educación Temprana del Distrito Escolar de Poudre organice atención médica de emergencia para mi hijo(a).	
<b>Recopilación de datos</b>	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.	
<b>Visitas y conferencias en casa</b>	Entiendo que habrá seis visitas domiciliarias ( <u>para familias financiadas por Head Start</u> ) y Conferencias de Padres/Maestros ( <u>para todas las familias</u> ) durante el año escolar. Las visitas domiciliarias y/o las conferencias de maestros pueden incluir apoyo del personal Educación, Salud y Mentores Familiares. 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.	
<b>Garantía de calidad</b>	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.	
<b>Evaluaciones</b>	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.	
<b>Archivo acumulativo del Distrito Escolar de Poudre</b>	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.	
<b>Custodia y Orden Judicial</b>	Entiendo que debo proporcionar Custodia y Órdenes judiciales que pertenecen a mi hijo(a) al Programa de Educación para que la escuela esté consiente y siga las instrucciones especiales.	
<b>Zona de asistencia preescolar</b>	Entiendo que para que mi hijo(a) asista al preescolar en el Distrito Escolar de Poudre, nuestra dirección permanente debe estar en los límites del Distrito Escolar de Poudre. Verifico que he dado la dirección actual de la casa de mi hijo(a).	
<b>Política de asistencia</b>	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.	

**Este formulario es válido para el año escolar 2020-2021.**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso

\_\_\_\_\_  
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

## 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.**



## Examen Dental - Forma de autorización de Early Childhood

Los niños que están matriculados en el programa preescolar del Distrito Escolar de Poudre tendrán la oportunidad de ser examinados por un dentista. Este servicio es gratis. Con el permiso de los padres de familia, aplicarán fluoruro en los dientes en el otoño y en la primavera de 2020/2021. Este examen va a ser en el salón de niño. Aunque no es un requisito que estén presentes, los padres de familia son bienvenidos. Después de el examen el estudiante recibe una letra dental recomendada de la evaluación que identifica necesidades de su salud y/o urgencia oral como resultado de el examen dental.

Si  No **Doy el permiso para un examen dental y una evaluación**

Si  No **Doy el permiso para que el barniz del fluoruro sea aplicado.**

Para obtener una copia del Aviso de Prácticas del Privacidad del Distrito de Salud del Condado de Larimer, visite su sitio web en: <http://www.healthdistrict.org/sites/default/files/health-district-aviso-de-practic-as-de-privacidad-espanol-02-17.pdf>

**Padre/Custodio:** \_\_\_\_\_  
(La firma es necesario para los niños 17 años o debajo)

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**(Escriba por favor su información.)**

<b>Apellido del estudiante:</b>	<b>Nombre del estudiante:</b>	<b>Género de estudiante:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<b>Fecha Nacimiento de estudiante:</b>	<b>Nombre de padre/Custodio:</b>	<b>Relación con el estudiante:</b>
<b>Dirección:</b>	<b>Ciudad, Estado, Zona postal:</b>	<b>Teléfono:</b>

**¿Tipo de seguro dental?**  
 Medicaid / DentaQuest  Seguro privado  
 CHP+  Ninguno  
 Otro: \_\_\_\_\_

¿Su estudiante ha visitado a un dentista antes?  No  Si: La fecha de la última cita: \_\_\_\_\_  
 ¿Se cepilla los dientes de su hijo/a al menos una vez al día?  No  Si  
 ¿Tiene su hijo/a algún problema con los dientes, las encías o la boca?  No  Si  
 ¿Tiene su hijo/a alguna caries?  No  Si  
 ¿Tiene su hijo/a problemas para masticar o tragar?  No  Si

**El dentista de el estudiante está en:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> FoCo Kids                                 | <input type="checkbox"/> Mountain Kids                                |
| <input type="checkbox"/> Toothzone                                 | <input type="checkbox"/> Big Grins                                    |
| <input type="checkbox"/> KidsFirst Dental                          | <input type="checkbox"/> Health District                              |
| <input type="checkbox"/> Jennifer Hargleroad                       | <input type="checkbox"/> Dr's. Gerken & Galm (Ped. Dent. Of Loveland) |
| <input type="checkbox"/> Salud Dental Clinic                       | <input type="checkbox"/> Kindergrins                                  |
| <input type="checkbox"/> Keith Van Tassell (Ped. Dent. Of Rockies) | <input type="checkbox"/> Otro:  |

**OFFICE USE ONLY:**

**Screening Date:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Number of cavities:** \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_ B \_\_\_\_ C \_\_\_\_ D \_\_\_\_ E \_\_\_\_ F \_\_\_\_ G \_\_\_\_ H \_\_\_\_ I \_\_\_\_ J \_\_\_\_  
 T \_\_\_\_ S \_\_\_\_ R \_\_\_\_ Q \_\_\_\_ P \_\_\_\_ O \_\_\_\_ N \_\_\_\_ M \_\_\_\_ L \_\_\_\_ K \_\_\_\_

**Provider's Signature** \_\_\_\_\_

**Print Name** \_\_\_\_\_

**Provider Comments**



## Examen "GRATUITO" de la Vision Colorado Lions KidSight Program

El Club de Leones de su comunidad, en unión con el "Colorado Lions Kidsight Program", ofrecerá exámenes gratuitos de visión a su hijo/a en la escuela preescolar o en el jardín de infantes. Este examen usa tecnología moderna y es en un 85-90% efectivo para detectar cualquier deficiencia de la visión, esta carencia pueda llegar a desarrollar un impedimento visual llamado "Ojo Vago". No se tendrá ningún contacto físico con su hijo/a y no se usara ningún tipo de gotas o medicamentos en sus ojos. **¿POR QUÉ ES IMPORTE ESTE EXAMEN DE LA VISTA?** 1 de cada 20 niños tiene un problema de visión que si no es detectado a tiempo, este puede convertirse en un impedimento visual conocido como *Ojo Vago o Perezoso*. El descubrir y tratar esta carencia de visión a tiempo es importante para el desarrollo de su hijo.

**Padre/Tutor: Por favor complete lo siguiente si usted desea que se le haga este examen a su hijo/a: Toda esta información se mantiene confidencial y no se comparte con terceras personas. POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA Y CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS.**

Nombre Completo del Niño/a \_\_\_\_\_  Hombre  Mujer

Nombre                      Segundo Nombre                      Apellido

Fecha de Nacimiento del Niño/a \_\_\_\_\_ Edad del Niño/a \_\_\_\_\_

Mes                      Día                      Año

Nombre Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono INCLUYA código de área \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

¿Está su niño/a actualmente bajo el cuidado de un doctor oftalmólogo (visión)?  Sí  No  ¿En caso de ser positiva su respuesta, escriba el nombre de este doctor? \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO:

Por lo presente, yo autorizo para que mi hijo/a participe en el programa de examen de la visión. He leído y he comprendido la siguiente información en lo que se relaciona a éste programa:

- La información obtenida en el examen de la vista es preliminar y no constituye un diagnóstico de problemas de la visión. No todos los problemas de la vista son descubiertos por medio del proceso de este examen.
- Es posible que me llamen por teléfono si mi hijo/a no pasa el examen de la vista.
- Yo entiendo que si mi hijo/a no pasa el examen de la vista, yo soy responsable en hacer los arreglos necesarios para que le hagan un examen de la vista con un oculista/oftalmólogo de mi elección. Yo entiendo que soy responsable de todos los costos que se incurran en cualquier examen de la vista que sea necesario.
- Yo no hare responsables a la organización de Clubes de Leones, al *Colorado Lions Kidsight Program*, sus empleados, agentes, ejecutivos, y sus representantes de cualquier herida que pueda suceder a consecuencia del examen, incluso, pero no limitada con errores de emisión, omisión u otros errores de diagnóstico.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Madre o Tutor \_\_\_\_\_  
Fecha

### RESULTADOS: Sólo Para Uso Interno de la Oficina

\_\_\_ **Pasa** No se detecta problema de la vista en éste momento. Este examen no es un sustituto de un examen de ojos pediátrico completo. Consulte a un especialista profesional de la vista si sospecha algún problema.

\_\_\_ **Ilegible** No fue posible conseguir resultados confiables de la vista del niño/a. Esto puede pasar de vez en cuando si el niño/a no mira la luz de la maquina o parpadea durante el examen. Consulte a un oculista profesional si sospecha un problema de la vista.

\_\_\_ **Referir** El niño/a debería ser examinado/a por un doctor oftalmólogo (ojos), porque él/ella *puede* tener la siguiente condición:

\_\_\_ Estrabismo                      \_\_\_ Anisotropía                      \_\_\_ Miopía Aguda

\_\_\_ Astigmatismo                      \_\_\_ Hipermetropía Aguda                      \_\_\_ Otro:



# 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

## Asociación y Programa de Voluntarios

1630 S. Stover  
Fort Collins, CO 80525  
(970) 490-3208

### Acuerdo de Voluntarios

Por favor lea cuidadosamente los términos y condiciones que gobiernan el servicio de voluntarios en el Distrito Escolar de Poudre.

1. Como voluntario de PSD, he aceptado la responsabilidad de estar disponible como se indica en mi Solicitud de Voluntario (la cual puede ser actualizada como sea necesario) y si no estoy disponible para servir como está programado, notificare a la oficina de la escuela lo más pronto posible.
2. Entiendo y estoy de acuerdo que, como voluntario de PSD, estoy sujeto a la dirección y control del Supervisor/director de la escuela o guardería, o las personas que estén designadas.
3. Yo usare mi gafete de identificación en todo momento mientras que esté dando servicios de voluntario para las escuelas de PSD.
4. Con cada niño con el que trabaje u observe como voluntario, entiendo que estoy obligado a reportar cualquier abuso al niño que yo me dé cuenta o sospeche a el Maestro, consejero, Supervisor/director de la Escuela o Guardería.
5. NO DARE transporte a los niños, personal o visitante de la escuela en mi propio vehículo al menos que haya llenado y entregado la Solicitud "Volunteer Field Trip Driver Aplicación Forma" la cual es aprobada por un Administrador.
6. Entiendo y estoy de acuerdo que no estoy autorizado a manejar vehículos de PSD.
7. NO contactare a padres, tutores o personas de contacto de emergencia a menos que se me indique por un Supervisor/director de la escuela o guardería o sus designados.
8. Me comportare de una manera amigable y cortes y sin parcialidad hacia cualquier estudiante, y me mantendré neutral en mis palabras y acciones con respecto a la religión y la política en todo momento mientras que esté involucrado en actividades de voluntario con los estudiantes.
9. Entiendo que es mi responsabilidad informar al Supervisor/director de la escuela o guardería de cualquier condición de salud que limite mi habilidad o me impida llevar apropiadamente las tareas y responsabilidades del servicio de voluntario al cual he sido asignado.
10. Entiendo y estoy de acuerdo que como voluntario de PDS estoy sujeto a todas las políticas/normas de PSD aplicables y a las instrucciones de los oficiales autorizados por PSD.
11. Como voluntario de PSD, entiendo que estoy cubierto por la a seguridad de PSD contra terceros mientras que yo cumpla con todas las políticas/normas aplicables a PSD y las instrucciones de oficiales autorizados por PSD, si yo inmediatamente notifico al Supervisor/director de cualquier acontecimiento que pueda resultar en una demanda.

### Acuerdo de la Confidencialidad del Voluntario

1. Como voluntario en el Distrito Escolar de Poudre, entiendo que sido autorizado por el Supervisor/Director de actuar como un "oficial escolar" sujeto a las instrucciones y control de los administradores escolares y maestros. Como un oficial escolar, bajo circunstancias limitadas, tengo a acceso a los archivos de educación del estudiante y a otra información en conexión con mis responsabilidades autorizadas. Los archivos de educación del estudiante pueden incluir todos los registros, expedientes, documentos y otros materiales que contienen información personal de cualquier estudiante, así como la información personal incluye, pero no está limitado a calificaciones del estudiante y resultados de las pruebas.
2. No discutiré con otros, mientras sea voluntario o cuando deje de ser voluntario, el contenido de los archivos educativos de cualquier estudiante tampoco revelare información de los registros de educación del estudiante, información personal del estudiante contenido en los archivos, o cualquier otra información con respecto a cualquier estudiante que pueda ser considerada confidencial.
3. Mientras que este en posesión y control de los archivos de educación del estudiante, y mientras maneje, distribuya, organiza correspondencia, o archive los registros de educación del estudiante, yo entiendo y estoy de acuerdo que debo proteger esos archivos de ser expuestos u obtenidos por individuos no autorizados.
4. Entiendo y estoy de acuerdo que preguntas acerca del contenido de los archivos de educación del estudiante deben ser dirigidas a empleados de PSD que están autorizados a revisar los archivos y a proveer información con respecto a su contenido. Como un voluntario, entiendo y estoy de acuerdo que yo debo declarar que yo no estoy autorizado a proveer información respecto a los archivos de los estudiantes.
5. Yo nunca sacare los archivos de cualquier estudiante fuera de la escuela al menos que esté autorizado por escrito por el Supervisor/Director, o sus designados.
6. Debo reportar cualquier infracción o sospecha de infracción en la confidencialidad de los archivos de educación del estudiante inmediatamente en cuanto lo descubra al Supervisor/Director o a sus designados. Yo entiendo y estoy de acuerdo que de fallar en mantener la confidencialidad de los archivos de educación del estudiante y la información de identidad personal a la cual se me han dado acceso me puede descalificar de cualquier servicio como voluntario en el Distrito Escolar de Poudre.

He leído el Acuerdo de Voluntarios y el Acuerdo de la Confidencialidad del Voluntario, se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas para asegurarme que entiendo, y estoy de acuerdo en atenerme a sus términos.

Nombre del Voluntario (letra de molde) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

OFFICE USE ONLY

- Parent Refusal  
 Parent will complete at home  
 Already in the system

Child's  
Name \_\_\_\_\_

**SOLICITUD DE VOLUNTARIO**  
**Por Favor Escriba con Claridad**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Solicitante (Apellido, Primer Nombre): \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Zona Postal: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Solicitante (necesario\*\*) \_\_\_\_\_

**Como requerido por la Política KJ, el Distrito Escolar de Poudre hará una comprobación de antecedentes para todos los solicitantes de voluntario bajo su propio cargo. \*\*Su fecha de nacimiento es necesaria para llevar acabo la comprobación de antecedentes penales.**

**Ser voluntario en el Distrito Escolar de Poudre es un privilegio que puede ser concedido, negado o revocado en cualquier momento bajo la discreción única del Distrito.**

**Tipo de Voluntario (marque solo uno):**

- Padre/Madre       Abuelo/a       Negocio       Persona de la Tercera Edad  
 Comunidad Religiosa       Miembro de la Comunidad       Estudiante de PSD

**Oportunidades de Servicio Voluntario que Prefiera:**

- Lectura       Tutoría       Biblioteca/Medios de Comunicación       Matemáticas  
 Escritura       Entrada de Datos/Análisis       Mentor/a       Ciencia  
 Trabajo desde casa       Otro: \_\_\_\_\_

**Escuela de Preferencia – POR FAVOR ESCRIBA EL NOMBRE DE LA ESCUELA**

- Preescolar \_\_\_\_\_  Primaria \_\_\_\_\_  
 Secundaria \_\_\_\_\_  Preparatoria \_\_\_\_\_  
 Sin Preferencia

Yo verifico que la información de arriba es cierta al mejor de mis conocimientos. He leído el Acuerdo de Voluntarios y el Acuerdo de Confidencialidad y estoy de acuerdo de atenerme a sus términos si mi servicio de voluntario es aprobado.

\_\_\_\_\_  
Firma del Voluntario

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Padre/Tutor (si el voluntario es menor de 18)

\_\_\_\_\_  
Fecha



# Formulario de exclusión de los medios de comunicación

Este formulario está dirigido a los padres de familia que deseen expresar que su hijo(a) **NO DEBE** aparecer en ninguna fotografía, video ni artículos publicados por el PSD y/o sus escuelas.

Si este formulario no se llena y devuelve a la escuela, a más tardar el 1.º de septiembre de cada año, el Distrito Escolar Poudre (PSD, por sus siglas en inglés) asumirá que el/los padre(s) de familia o tutor legal ha(n) dado su permiso para publicar la fotografía, video y/o nombre de su estudiante, tal como se especifica más adelante.

*Tenga en cuenta que este formulario no corresponde a los estudiantes que participen en eventos públicos, tales como competencias académicas, presentaciones y eventos deportivos. Es posible que los medios de difusión publiquen las fotografías y los nombres de los alumnos relacionados con estos eventos.*

## Publicación de fotografías, artículos y videos de alumnos a través de medios de comunicación impresos y electrónicos

Por motivos promocionales y publicitarios, el personal del Distrito Escolar Poudre con frecuencia toma fotografías, filma y entrevista a alumnos del PSD, en eventos y actividades escolares.

Esta información típicamente se publica en el sitio web del PSD, y se presenta en los canales de los medios sociales del PSD, los cuales incluyen *Facebook, Twitter, YouTube, Instagram* y *Snapchat*.

**Aunque la información confidencial de los estudiantes no se comparte**, la información y fotografías se pueden publicar en sitios web, medios sociales y publicaciones de la siguiente manera:

- Como regla general, a los estudiantes no se les identifica en las fotografías que se utilizan en las páginas del sitio web del Distrito.
- El nombre y apellidos de los estudiantes se pueden incluir en artículos de las noticias en el sitio web del Distrito, cuando se refieren a su participación en actividades curriculares y escolares.
- Los sitios web de las escuelas pueden identificar a los estudiantes en las fotografías y/o artículos de las noticias (es una decisión que cada escuela toma de manera individual).
- Los artículos acerca de estudiantes individuales pueden incluir una foto que identifique al estudiante.

### Consideraciones especiales

- Este formulario no cubre la publicación de fotografías o nombres de estudiantes en las noticias de los medios de difusión.
- Este formulario no aplica a los anuarios (*yearbooks*), periódicos estudiantiles ni ninguna otra publicación estudiantil.

**Si NO desea que a su hijo(a) se le entreviste, fotografíe o filme, llene y firme el formulario, y devuélvalo a la escuela de su hijo(a).**

- No incluya a mi hijo(a) en ningún artículo, fotografía ni video que se publique en el sitio web del PSD ni de las escuelas, ni en las publicaciones del Distrito o las escuelas.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ # de identificación del estudiante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre de familia o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



Por favor complete estas últimas tres páginas sólo si usted tiene preocupaciones.

**Embarazo y nacimiento**

Peso al nacer: ____ lbs. ____ oz.	Niño nacido en: <input type="checkbox"/> 40+ semanas <input type="checkbox"/> Prematuro a _____ cuantas semanas antes _____
--------------------------------------	---

- Por favor, comparta cualquier dificultad durante el embarazo, el parto o el parto:
- ¿Su bebé experimentó alguna dificultad después del parto (es decir: convulsiones, dificultad para respirar):
- Cualquier medicamento utilizado durante el embarazo:  Sí  No - Lista de medicamentos y razón:
- Describa cómo fue su hijo cuando era bebé:

**Salud e Historia del Desarrollo**

**Aseo**

<input type="checkbox"/> Empieza a aprender	<input type="checkbox"/> Usa pañal durante el día
<input type="checkbox"/> Necesita ayuda ir al baño	<input type="checkbox"/> Sabe usar el baño

Preocupaciones porque todavía se ensucia o se moja:

**Hábitos de dormir**

¿Siente que su hijo duerme lo suficiente? Sí  No

¿Su hijo se calma fácilmente? Sí  No  Preocupaciones:

**Consideraciones familiares**

¿Ha habido algún cambio en la vida del niño, como un nuevo hermano, divorcio, matrimonio o muerte en la familia?  
 Describa la reacción del niño. \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Desarrollo actual del niño**

Su hijo tiene actualmente o activo una:  IFSP  IEP  Terapia Privada del: \_\_\_\_\_ si tiene, por favor proporcionar una copia o firme una forma de liberar información para que podamos acceder una copia.

**¿Le preocupa su hijo en alguna de las siguientes áreas?**

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	HABILIDADES MOTORAS (caminar, dibujar)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	HABILIDADES ADAPTATIVAS (alimentarse y vestirse a sí mismo)
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	SOCIAL – EMOCIONAL (comportamiento, habilidades sociales)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	APRENDIZAJE TEMPRANO (participar en el juego, conceptos tempranos)
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	COMUNICACIONES (inteligibilidad del habla, comprensión del lenguaje)			

**-- Inventario del desarrollo --**

*Pensando en las habilidades que su hijo demuestra consistentemente, ¿él o ella:*

**Habilidades motoras**

¿Su hijo:	Sí	Todavía no	N/A
Utilice crayones y/o marcadores para dibujar o "escribir"			
Use tijeras para cortar un pedazo de papel			
Use una mano para la mayoría de las actividades			
Corre, camina y salta			
Lanzar y patear una pelota; tratar de coger una pelota con ambas manos			

**Social-Emocional**

¿Su hijo:	Sí	Todavía no	N/A
Mostrar una conciencia de sentimiento, su propia y la de los demás			
Quiere independencia, pero ambos necesitan la seguridad de los padres			
Le gusta jugar con otros niños de edad similar			
Expresar verbalmente lo que quiere o necesita			
Muestre empatía hacia adultos y amigos familiares			

**Comunicación**

¿Su hijo:	Sí	Todavía no	N/A
Escuchar y recuerda detalles de historias simples			
Comprender las instrucciones simples de 1-2 pasos			
Ponga 3-5 palabras juntas para hablar en frases cortas ("quiere más leche")			
Hace muchas preguntas			
Hable con claridad para que la mayoría de los miembros de la familia y amigos lo entiendan			

**Habilidades adaptativas**

¿Su hijo:	Sí	Todavía no	N/A
Alimentarse a sí mismo usando un tenedor y/o cuchara			
Lávese y seque sus propias manos			
Ayuda para vestirse y desvestirse			
Beber de una taza			
Puertas abiertas y armarios			

**Aprendizaje temprano**

¿Su hijo:	Sí	Todavía no	N/A
Disfruta mirando libros con un adulto o de forma independiente			
Juega con los juguetes de la manera esperada (conducir y chocar coches, cuidar de una muñeca)			
Nombre y coincidencia los colores			
Canta junto con canciones familiares			
Pide ayuda con actividades difíciles			

**Sus preocupaciones específicas:**

¿Cuándo notó por primera vez inquietudes en esta área?

¿Ha prestado servicios privados a través del médico de su hijo?

## Proveedor anterior o actual de cuidado en el hogar o en el preescolar

Nombre de guardería o Preescolar:

Asistencia mes/año:

Dirección:

Ciudad/Estado/ZIP:

Número de teléfono: (     )

Días/Horas:

Doy permiso a PSD de contactar para más información

### Su hijo:

Describe la personalidad de su hijo:

¿Comparte las actividades favoritas de su hijo?

¿Tiene su hijo la oportunidad de jugar con otros niños?

Sí

No

Explicar (el parque, con sus primos, etc.):

Mi hijo asiste a una actividad de juego atractiva (no relacionada con la pantalla) para:

< 5 min

5-10 min

10-30 min

30+ min

¿Cuánto tiempo al día pasa su hijo viendo/usando pantallas? \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos ¿Le preocupa esto?  Sí  No

### Comportamiento

N/A

Sí

No

¿Tienes problemas de comportamiento en casa?

¿Su proveedor de cuidado infantil tiene problemas de conducta en el cuidado de niños?

¿Alguien más (familia o amigo) ha expresado preocupación por el comportamiento de su hijo?

¿Alguna vez se le ha pedido a su hijo que abandone su espacio de cuidado infantil debido a su comportamiento?

¿Algo más que quiera que sepamos de su hijo?

¿Qué espera que aprenda su hijo del Programa de Educación Temprana del PSD?