

Sólo uso de oficina
 Fecha de recepción: _____
 Fase de inscripción: _____



2021-2022

Paquete de inscripción 3-5

Programa de Educación Temprana del Distrito Escolar de Poudre

220 North Grant Avenue, Fort Collins, CO 80521

Teléfono: (970) 490-3204 Fax: (970)490-3134 Correo electrónico: psdece@psdschools.org 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 * <u>5 de enero de 2021 - 28 de febrero de 2021</u>	Enviado por correo antes del 9 de abril de 2021
Aplicación* <u>1 de marzo de 2021 - último día de escuela (20 de mayo de 2021)</u>	Enviado por correo antes del 10 de junio de 2021
Aplicación retrasada* <u>21 de mayo de 2021 – 1 de agosto de 2021</u>	Enviado por correo antes del primer día de clases
Aplicación continua durante todo el año* <u>Cualquier cosa después del 2 de agosto de 2021</u>	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 solicitudes originales y COMPLETAS, las solicitudes de cambio de salones, los cambios de datos y los cambios de la domicilio.

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

2021-2022 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.

Guardián principal:	
Dirección: Ciudad, Estado, Zip:	
Teléfono(s):	() <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"/>
Correo electrónico:	
Empleador:	
Dirección: Ciudad, Estado, Zip:	
Teléfono de trabajo:	()

Guardián secundario:	
Dirección: Ciudad, Estado, Zip:	
Teléfono(s):	() <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"/>
Correo electrónico:	
Empleador:	
Dirección: Ciudad, Estado, Zip:	
Teléfono de trabajo:	()

Información de contacto de emergencia (Contactos en el estado solamente)

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

Contacto de Emergencia (que no sea Guardián Primario y Secundario)		Relación con el niño:	
Dirección: Ciudad, Estado, Zip:			
Teléfono:	() <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular	Marque todo lo que corresponda <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		

Contacto de Emergencia (que no sea Guardián Primario y Secundario)		Relación con el niño:	
Dirección: Ciudad, Estado, Zip:			
Teléfono:	() <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular	Marque todo lo que corresponda <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		

Contacto de Emergencia (que no sea Guardián Primario y Secundario)		Relación con el niño:	
Dirección: Ciudad, Estado, Zip:			
Teléfono:	() <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular	Marque todo lo que corresponda <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		

Contacto de Emergencia (que no sea Guardián Primario y Secundario)		Relación con el niño:	
Dirección: Ciudad, Estado, Zip:			
Teléfono:	() <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular	Marque todo lo que corresponda <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		

Contacto de Emergencia (que no sea Guardián Primario y Secundario)		Relación con el niño:	
Dirección: Ciudad, Estado, Zip:			
Teléfono:	() <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular	Marque todo lo que corresponda <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

	Contrato de permisos	Marque
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"/> Acordar <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"/> Acordar <input type="checkbox"/> Desacuerdo
Excursiones de campo (solo para niños de 3 a 5 años)	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
Protector solar/loción para manos	Entiendo que el protector solar y la loción se pueden usar en mi hijo(a) 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
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"/> Acordar <input type="checkbox"/> Desacuerdo
Electrónicos	Doy permiso para publicar fotos, videos y/o nombre de mi estudiantes en medios de impresos y/o electrónicos.	<input type="checkbox"/> Acordar <input type="checkbox"/> Desacuerdo
Atención médica de emergencia	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).	Iniciales _____
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.	Iniciales _____
Visitas y conferencias en casa	Entiendo que habrá seis visitas domiciliarias (para familias financiadas por Head Start) y Conferencias de Padres/Maestros (para todas las familias) 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 asistir 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.	Iniciales _____
Garantía de calidad	Entiendo que puede haber un supervisor que viene a mi casa durante una visita programada con un miembros del personal mencionados anteriormente con el propósito de asegurar la calidad.	Iniciales _____
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.	Iniciales _____
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.	Iniciales _____
Custodia y Orden Judicial	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.	Iniciales _____
Zona de asistencia preescolar	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).	Iniciales _____
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.	Iniciales _____

Este formulario es válido para el año escolar 2021-2022.

Firma del padre/tutor

Nombre impreso

Fecha



This box MUST be completed by school registrar before giving to site ELD and/or McKinney representative as appropriate.

Intake School: _____ Intake Date: _____

Enrolling School: _____ Date Enrolled: _____

Student ID #: _____ Grade: _

FORMULARIO DEL LENGUAJE EN EL HOGAR Y LUGAR DE RESIDENCIA (VIVIENDA)

Las regulaciones estatales y federales requieren que las escuelas determinen si se cumplen los requisitos para recibir servicios educativos y apoyo del programa del Desarrollo del Idioma Inglés, el programa para emigrantes, refugiados o McKinney-Vento.

Esta información se utiliza para garantizar que se satisfagan los derechos educativos de cada niño.

La **información confidencial** en mención es para uso exclusivo de la escuela.

Apellidos de el/la estudiante:	Primer nombre de el/la estudiante:	Segundo nombre de el/la estudiante:
Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento:	Dirección de domicilio:
Fecha en que el/la estudiante entró a Colorado:	Fecha en que el/la estudiante entró a los Estados Unidos (si corresponde):	
Nombre de el/los padre(s)/tutor legal:	Números de teléfono:	

Encuesta sobre el lenguaje en el hogar

¿Su niño(a) entiende un idioma que no sea el inglés? Si es así, ¿en qué otros idiomas se comunica su niño(a)?	
¿Cuál fue el primer idioma que su niño(a) aprendió?	
¿Qué idioma utiliza usted más frecuentemente para hablar con su niño(a)?	
¿Qué idioma utiliza su niño(a) con mayor frecuencia para hablar con usted?	
¿Su niño(a) puede leer y escribir en este idioma?	
Enumere cualquier otro idioma que se utilice en el hogar.	
¿Qué idioma prefiere para recibir comunicados de la escuela, y estar en contacto con ella?	

Historial educativo

Por favor responder el siguiente historial educativo, de la manera más precisa posible.

Grado y fecha(s)	Nombre de la escuela	Ubicación de la escuela	Idioma en que ha recibido instrucción

Si llegó a los Estados Unidos, procedente de otro país, ¿su niño(a) asistió a la escuela en ese país? Sí No

Si es así, por favor contestar las siguientes preguntas:

¿Durante cuántos años en total asistió su niño(a) a una escuela en otro país? ¿en qué país?	
¿Su niño(a) recibió alguna instrucción especializada (por ejemplo, programación para alumnos con capacidades y talentos excepcionales, educación especial, intervenciones educativas)?	

¿Le(s) han dado documentos de "estatus de refugiado" ("Refugee Status")? Sí No

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. Soy un(a) estudiante que vive aparte de mis 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 del padre de familia, tutor legal, o del menor cuyo padre de familia o tutor legal no tenga su custodia física

Fecha

2021-2022 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: _____

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

¿Su hijo/a actualmente recibe WIC? SI No

Seguro Médico:

Medicaid/HealthFirst Colorado Health PlanPlus (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

Fecha



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 2021/2022. 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-practicas-de-privacidad-espanol-02-17.pdf>

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

(Escriba por favor su información.)

Apellido del estudiante:	Nombre del estudiante:	Género de estudiante: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha Nacimiento de estudiante:	Nombre de padre/Custodio:	Relación con el estudiante:
Dirección:	Ciudad, Estado, Zona postal:	Teléfono:
¿Tipo de seguro dental? <input type="checkbox"/> Medicaid / DentaQuest <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> CHP+ <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____		

¿Su estudiante ha visitado a un dentista antes? No Si: La fecha de la última visita: _____

¿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 usará ningún tipo de gotas o medicamentos en sus ojos. **¿POR QUÉ ES IMPORTANTE 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 sean 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/Madreo 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 970-490-3694

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 _____

Personal de salud de PSD para completar

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 970-490-3694**

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



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

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

Embarazo y nacimiento

Peso al nacer: _____ lbs. _____ oz. Niño nacido en: 40+ semanas Prematuro a _____ cuantas semanas antes _____

1. Por favor, comparta cualquier dificultad durante el embarazo, el parto o el parto:

2. ¿Su bebé experimentó alguna dificultad después del parto (es decir: convulsiones, dificultad para respirar):

3. Cualquier medicamento utilizado durante el embarazo: Sí No - Lista de medicamentos y razón:

4. Describa cómo fue su hijo cuando era bebé:

Salud e Historia del Desarrollo

Aseo

Empieza a aprender Usa pañal durante el día
 Necesita ayuda ir al baño 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?
Describe 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?