

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

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

	Contrato de permisos	Marque
<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) 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>Electrónicos</b>	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
<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).	Iniciales _____
<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.	Iniciales _____
<b>Visitas y conferencias en casa</b>	Entiendo que habrá seis visitas domiciliarias ( <b>para familias financiadas por Head Start</b> ) y Conferencias de Padres/Maestros ( <b>para todas las familias</b> ) 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 _____
<b>Garantía de calidad</b>	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 _____
<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.	Iniciales _____
<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.	Iniciales _____
<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.	Iniciales _____
<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).	Iniciales _____
<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.	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 <b>hablar</b> con usted?	
¿Su niño(a) puede <b>leer</b> y <b>escribir</b> 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.** Causa de la crisis de la vivienda:

- Desalojo/ hipotecaria/No puede permitirse la vivienda
- Factores domésticos
- Perdida o disminución de ingresos/pérdida de empleo
- Desastre naturales
- La pandemia
- Ninguno de los anteriores

**D.** Causa adicional (secundaria) de vivienda

- N/A
- desalojo/ hipotecaria
- factores domésticos
- Pérdida o disminución de ingresos/pérdida de empleo
- Desastre naturales
- La pandemia
- ninguno de los anteriores

**E.** 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/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/HealthFirst  Colorado Health PlanPlus (CHP+)  Ninguno  Otro \_\_\_\_\_

### Hospital de Preferencia:

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

### Condiciones de Salud:

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

Explique cualquier condición(es) de salud arriba: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Escriba el nombre de la medicina(s): \_\_\_\_\_

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



## 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.)**

<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>
<b>¿Tipo de seguro dental?</b> <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**





# 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 puede 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**