

Forma de Información del Niño

para programas de Educación Infantil de CAP



Una copia de esta forma debe ser llenada por separado para cada niño/a que este aplicando para el Programa de Educación Infantil de CAP.

1 Nombre del Adulto 1

Apellido (Use letra de molde)

Primer Nombre

2 Fecha de Nacimiento del Adulto 1

Mes Día Año

Programa y Centro Preferido

Por favor marque todos en los que este interesado.

- Estoy interesado en que mi niño/a sea inscrito en un Centro de Educación Infantil del programa de CAP.
Centro de Preferencia: (pregunte al personal por un mapa de los Centros si es necesario)
- Estoy interesado en que mi niño/a reciba los servicios del Programa de Educación Infantil en mi casa. (El niño debe tener menos de 30 meses.)
- Estoy interesado en el Programa de Educación Infantil que combine servicios en mi casa y en un Centro de CAP. (El niño debe tener menos de 24 meses.)

Información del Niño

1 Nombre Legal

Apellido Primer Nombre

2 Nombre que el niño prefiere que lo llamen

3 Fecha de Nacimiento

Mes Día Año

4 Lugar de Nacimiento

Ciudad Estado

País

Información sobre Guardería

- 1** Esta el niño actualmente inscrito, tiempo completo, en una guardería o programa de educación?
- Si → Que tipo? ↓
- No Centro de Guardería Casa de un Familiar/Amigo
- Guardería en una casa En su propia casa
- Pre-Escolar
- 2** Esta buscando una guardería o programa educacional para que usted pueda ir a la escuela o trabajar? Si No
- 3** Necesita guardería antes de las 8:30am y/o después de las 2:30pm?
- Nota: Todos los centros de educación infantil de CAP proveen servicios desde las 8:30am a 2:30pm. Algunos centros ofrecen cuidado extendido desde las 7:00am a 6:00pm. El cuidado extendido esta disponible al ser pagado con medios privados. Familias elegibles que cuenten con la Asistencia de Guardería de OKDHS pueden cubrir el costo del cuidado extendido.
- Si No

5 Como esta relacionado este niño/a con el Adulto 2? (Marque uno.)

Hijo(a) biológico(a) Inquilino(a) o Huésped

Hijo(a) adoptivo(a) Compañero(a) de casa o de cuarto

Hijastro(a) Hijo(a) de crianza (foster)

Hermano(a) Otro; no pariente

Nieto(a)

Otro pariente

El Desarrollo del Niño

6 Quien tiene custodia de este niño/a? (Marque uno.)

Adulto 1 Ambos Adulto 1 y Adulto 2

Acuerdo de Custodia Compartida → Con quien? ↓

Otra persona

7 Cual es el idioma principal del niño/a?

8 Que tan bien habla este niño/a el ingles?

Muy Bien No muy bien

Bien No habla ingles

1 Tiene alguna preocupación en cuanto a la salud o el desarrollo de su niño/a?

Si → Describa su preocupación: ↓

No

Quien ha expresado esta preocupación?

Medico Primario

Otro Proveedor Medico

Personal de CAP

Sooner Start

Miembro de Familia

Otro →

2 Tiene su niño/a un documento de IEP/IFSP? (si es así, provea una (Un IEP/IFSP es un Plan de Educación individualizado, escrito por la escuela publica o Sooner Start el cual apoya a su niño/a a alcanzar metas y objetivos listados en el IEP/IFSP)

Si → Fecha de IEP/IFSP:

Mes Día Año

No

3 Tiene su niño/a alguna discapacidad documentada o necesita algún servicio de asistencia? (Si la respuesta es sí, debe proveer una copia del expediente medico con el diagnostico junto con la evaluación formal completado por el medico primario de su hijo/a u otro proveedor medico.) Si No

4 Tiene alguna preocupación acerca del comportamiento o el estado de animo de su niño/a? (Ejemplo: llora excesivamente, es agresivo/a, se enoja mucho, o muestra comportamiento sexual inapropiado.) Si No → Describa su preocupación: ↴

Información Nutricional

1 Tiene su niño/a alguna alergia a la comida? (Si es así, tendrá que proveer documentación de su doctor primario si llegáramos a inscribir a su niño.) Si No → A que es alérgico? ↴

Describa cual es la reacción alérgica: ↴

2 Esta su niño/a siguiendo una dieta especial prescrita por su doctor? (Si es así, usted tendrá que proveer documentación de su doctor primario si llegáramos a inscribir a su niño.) Si No → Por favor explique: ↴

3 Ponga los alimentos que su niño/a no puede o no debe comer: ↴

Indique la razón por la cual no puede comer dichos alimentos:

Medica Religiosa Personal

4 Tiene alguna preocupación sobre la conducta alimenticia de su niño? Si No → Por favor describa: ↴

Por favor complete estas preguntas solo si su niño/a esta entre 0 y 12 meses.

5 Cual es el alimento de su niño/a?

Leche materna

Leche

Formula → Especifique la marca: ↴

Otro →

6 Método de alimentación Amamantado Alimentado con biberón

Información Medica

1 Medico

Apellido (Use letra de molde)

Primer Nombre

Nombre de la clínica, si aplica

Código de Área + Numero

2 Dentista

Apellido (Use letra de molde)

Primer Nombre

Código de Área + Numero

3 Especialista (si aplica)

Apellido (Use letra de molde)

Primer Nombre

Código de Área + Numero

4 Seguro Medico

a. Tipo: SoonerCare/Medicaid Privado Otro Ninguno

b. Nombre de su proveedor de seguro:

c. Número de póliza de seguro:

d. Fecha de expiración:

Mes

Día

Año

e. Cobertura Dental incluida:

Si No

5 Su niño/a recibe atención a través del Seguro de Atención Indio?

Si No

6 Su niño/a recibe atención medica regularmente?

Si No

7 Cuando fue la ultima vez que su niño/a tuvo un examen físico?

8 Su niño/a recibe atención dental regularmente?

Si No

9 Cuando fue la ultima vez que su niño/a tuvo un examen dental?

Historial Medico

1 Alguna vez su niño/a ha sido hospitalizado o ha tenido cirugías?

- Si → Por favor explique: ↴
 No

2 Alguna vez su niño/a ha tenido un accidente grave?

- Si → Por favor explique: ↴
 No

3 Identifique alguna condición de salud, actual o previa, que su niño ha tenido:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> a. Anemia | <input type="checkbox"/> k. Usa audifonos |
| <input type="checkbox"/> b. Cancer | <input type="checkbox"/> l. Diarrea frecuente |
| <input type="checkbox"/> c. Eczema | <input type="checkbox"/> m. Trauma cerebral |
| <input type="checkbox"/> d. Diabetes | <input type="checkbox"/> n. Problemas de audición |
| <input type="checkbox"/> e. Convulsiones | <input type="checkbox"/> o. Problemas al masticar/tragar |
| <input type="checkbox"/> f. Alergias | <input type="checkbox"/> p. Asma |
| <input type="checkbox"/> g. Sobre peso | <input type="checkbox"/> q. Lentes bajo receta |
| <input type="checkbox"/> h. Alto nivel de plomo | <input type="checkbox"/> r. Soplo Cardiaco |
| <input type="checkbox"/> i. Anemia falciforme | <input type="checkbox"/> s. Constipación frecuente |
| <input type="checkbox"/> j. Problemas de visión | <input type="checkbox"/> t. Otro ↴ |

4 Toma su niño/a medicamentos en casa?

- Si No

5 Necesitara su niño/a tomar medicamentos en la escuela? (Si es así, provea una copia de la receta medica.)

- Si → Cuales son los nombres de los medicamentos? ↴
 No

Por que toma su niño/a este medicamento? ↴

Historial del Nacimiento

1 Peso al Nacer

Libras Onzas

2 Longitud

Pulgadas

3 Tiempo de Gestación

- Terminó
 Prematuro por semanas
 Con retraso por mas de 2 semanas

4 Tipo de parto

- Vaginal Cesárea No sabe

5 Tiempo de estancia del infante en el hospital

- Rutina
 No-Rutina → Duración de la estadía: _____

6 Lugar del parto

- Hospital/Clínica Casa
 Centro de maternidad No sabe
 Otro

7 Hubo alguna complicación asociada con este parto?

(Compresión de la placenta/cordón umbilical, posición anormal del feto, ruptura prematura de membranas, sangrado uterino, etc.)

- Si → Por favor describa: ↴
 No
 No sabe

8 Tuvo el bebe algún problema al nacer?

(Prematuro, estrés respiratorio, bajo peso al nacer, defectos de nacimientos, etc.)

- Si → Por favor describa: ↴
 No

Por favor describa algún defecto de nacimiento notorio: ↴

9 Tuvo la madre problemas de salud durante el embarazo o el parto?

(Hipertensión, diabetes de cualquier tipo, pre eclampsia, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, etc.)

- Si → Por favor describa: ↴
 No



CAPTC Early Childhood Programs Formulario de Autorizaciones y Consentimientos

Este formulario debe de ser completado para cada niño(a) que este aplicando para el Programa de Educación Infantil de CAPTC

Serán Referidos como Padre/Madre y Niño(a) abajo:

| | |
|---|----------------------|
| (Niño(a)) Nombre del Niño(a): | Fecha de Nacimiento: |
| (Padres) Nombre del Padre, Madre o Guardián: | Fecha de Nacimiento: |

Consentimiento para Servicios de Salud

Como parte del cumplimiento de mi colaboración con el Programa de Educación Infantil de Community Action Project de Tulsa County (CAPTC), por medio del presente yo estoy de acuerdo que mi **Niño(a)**:

1.) Recibirá todos los servicios de salud requeridos por parte del "Head Start Performance Standards", dentro del tiempo estipulado contando a partir del primer día de asistencia. Estos servicios pueden ser proveídos por miembros del Programa de Educación Infantil o por colaboradores y/o proveedores contratados. Los proveedores podrían incluir escuelas públicas del área, centros médicos de universidades, y/o agencias afiliadas. Yo entiendo que estos servicios pueden ser, pero no están limitados a:

- Evaluación/Observación del Desarrollo
- Observaciones Sociales/Emocionales/De Comportamiento/Salud Mental
- Evaluación de Visión/Audición
- Evaluación del Peso y Altura
- Evaluación/Examen Dental
- Examen Físico de Rutina
- Evaluación para la detección de Plomo

2.) Se cepillara los dientes diariamente en el centro al cual él/ella este asistiendo, con una pasta dental con flúor aprobada por la ADA y cepillo de dientes proporcionado por el Programa de Educación Infantil de CAPTC.

Como parte del cumplimiento de mi colaboración con los Programas de Educación Infantil de Community Action Project del Condado de Tulsa (CAPTC), yo **(PADRE/MADRE)** por medio del presente, estoy de acuerdo y/o entiendo que:

- 1.) Recibiré información pertinente al estado de salud, chequeos, evaluaciones y observaciones de mi niño(a); esta información será compartida con colaboradores y/o proveedores contratados los cuales pueden incluir escuelas públicas del área, centros médicos de universidades, y/o agencias afiliadas.
- 2.) Levare a mi hijo(a) a todos los exámenes médicos y dentales recomendados y servicios de seguimiento cuando un problema sea encontrado; y proporcionare copias de los resultados de estos exámenes al personal del Programa.
- 3.) Solicitare asistencia del personal del programa de CAPTC para cumplir los requisitos.
- 4.) Se me puede pedir que firme formularios específicos para la liberación de información para ayudar al personal de los Programas de Educación Infantil en la obtención de información de salud actualizada.
- 5.) En el caso de que yo no pueda asistir, un miembro del personal del Programa de Educación Infantil de CAP puede acompañar a mi hijo(a) a un examen físico de rutina provisto por colaboradores y/o proveedores contratados. Yo entiendo que para completar el examen, se puede requerir que mi hijo(a) se quite su ropa en su totalidad o en parte.

Este consentimiento se mantendrá vigente durante la duración de la inscripción, a menos que sea revocado por escrito, por el Padre/Madre, al Programa de Educación Infantil de CAPTC.

Firma del **Padre/Madre**: _____ Fecha: _____

Autorización para el Tratamiento de Emergencia y Transporte de Menores

Yo, el padre/madre o guardián legal, abajo firmante, de **Niño(a)** autorizo como el presente cualquier radiografía, examen, anestésico, diagnostico quirúrgico medico/dental o tratamiento de emergencia por un doctor o dentista con licencia del Estado de Oklahoma y cualquier servicio de hospital que sea ofrecido para dicho menor, bajo el consentimiento general, específico o especial de los Programas de Educación Infantil de CAPTC los cuales tienen custodia temporal del menor. Se entiende que este consentimiento de emergencia, es dado antes de que un tratamiento o diagnostico específico sea requerido. Este consentimiento se mantendrá vigente durante la duración de la inscripción, a menos que sea revocado por escrito al Programa de Educación Infantil de CAPTC.

Yo entiendo que si **Niño(a)** tiene una emergencia médica mientras este en el Programa de Educación Infantil de CAPTC, se llamara al 911 para que transporten a él/ella inmediatamente al hospital más cercano. Siempre y cuando sea posible, este transporte será proveído al hospital preferido especificado. Este consentimiento se mantendrá vigente durante la duración de la inscripción a menos que sea revocado por escrito, por el Padre/Madre o Tutor, al Programa de Educación Infantil de CAPTC.

Hospital Preferido: _____

Firma del **Padre/Madre**: _____ Fecha: _____

Permiso para filmar, fotografiar o grabar con otro medio al Niño(a)

Yo autorizo a CAPTC a que filme, fotografíe o grave con otro medio a Niño(a) con propósitos de estudio, entrenamiento, promoción o publicidad para el Programa de Educación Infantil. Este consentimiento se mantendrá vigente durante la duración de la inscripción a menos que sea revocado por escrito, por el Padre/Madre, al Programa de Educación Infantil de CAPTC.

Firma del **Padre/Madre**: _____ Fecha: _____

Aviso de Recibo de las Políticas de Privacidad

Por medio del presente certifico que recibí copia de las Políticas de Privacidad de CAPTC. Las Políticas de Privacidad me provee con información de cómo CAPTC puede utilizar y distribuir información educacional, de salud y financiera del **Niño(a)**.

Firma del **Padre/Madre**: _____ Fecha: _____

