

Hora/fecha de la cita

GUSD ofrece un programa preescolar estatal gratuito, de lunes a viernes, 3 horas al día. Las familias deben calificar según sus ingresos (ver tabla más abajo). La inscripción **no es por orden de llegada**. La prioridad para la inscripción de estudiantes elegibles se basa en las regulaciones del Departamento de Educación de California (debe ser un residente de Gilroy):

- La primera prioridad para los servicios se dará a los niños de tres o cuatro años que reciben servicios de protección infantil o que corren el riesgo de ser descuidados, abusados o explotados y para quienes hay una referencia por escrito de una agencia legal, médica o de servicios sociales.

Puede encontrar la lista completa de prioridad para la inscripción en

<https://www.cde.ca.gov/s/p/cd/ci/mb2301.asp>

Ubicaciones Preescolares

Rod Kelley
(8755 Kern Avenue)

Antonio del Buono
(245 Farrell Avenue)

Glenview -
(475 W 9th Street)
Nuevo- Programa de
Doble Inmersión

La inscripción para todos los preescolares se realiza en Swanston por **CITA SOLAMENTE**

Office Use

Child's Age Fam Size Rank

GUSD STATE PRESCHOOL PROGRAM 2024-2025

240 Swanston Lane, Gilroy CA 95020
(669) 205-7960

Toda la documentación es requerida al momento de la cita.

No se aceptarán solicitudes incompletas.

- Comprobante de ingresos para todos los individuos contados en el tamaño de la familia:** Talones de cheques cual representan los **últimos 30 días de su cita**. Asegúrese que los talones de cheques **sean recientes y que las fechas sean consecutivas**. No se aceptaran talones que falten entre fechas.
 - ◊ Paga semanal – 4 talones
 - ◊ Pago quincenal – 2 talones
 - ◊ Pago 2 veces al mes – 2 talones
 - ◊ Pago mensual – 1 talón
 - Comprobante de cualquier otro ingreso (ayuda monetaria, mantención de niños, desempleo, TANF, discapacidad, etc.) para los **últimos 30 días**
 - Familias con **ingreso variable** (migrante, agrícolas, o trabajo temporal) deberán presentar comprobante de ingresos de los últimos **12 meses consecutivos**. NO se aceptaran talones que falten entre fechas. Resumen de nómina para los últimos 12 meses son aceptables.
 - Padres que **trabajan por su cuenta** deben proporcionar una combinación de la documentación necesaria para establecer la elegibilidad de ingresos actual de cualquier mes del período de dos meses inmediatamente anterior a la certificación inicial. La documentación consistirá en tantos de los siguientes tipos de documentación como sean necesarios para determinar los ingresos: Una carta redactada independientemente de la fuente de los ingresos; Una copia de las declaraciones de impuestos firmadas y completadas más recientemente con una declaración de ingresos estimados actuales para fines tributarios; u otros registros comerciales, como libros de contabilidad, recibos o registros comerciales.
 - Examen físico (hecho en Agosto 2023 o después) **Puede estar pendiente para el día de la inscripción pero debe ser entregada por más tardar el 5 de Agosto**
 - Cartilla de Vacunas- **Niños no serán admitidos sin vacunas requeridas o evaluación del TB**
 - Polio – 3 dosis
 - DTP – 4 dosis
 - Hep B – 3 dosis
 - MMR – 1 dosis al cumplir 1 año o después
 - Hib: se debe administrar una dosis al cumplir 1 año o después, independientemente de las dosis anteriores.
 - Evaluación de riesgo de TB completa o prueba de TB si es necesario
 - Actas de nacimiento de **todos sus niños menores de 18 años cuales viven con usted**
 - Comprobante de domicilio; contrato de renta, cobros de utilidades
 - Paquete de inscripción
- Si aplica**
- Programa de educación personalizada (IEP)
 - Los registros de las colocaciones en hogares de crianza, tutela legal
- Para programar una cita o para más información:
Lupe Vela
(669) 205-7960
email: lupe.vela@gilroyunified.org
- Si usted no califica para nuestro programa, puede comunicarse con Santa Clara County Childcare Resource & Referral Program: Phone: 669-212-KIDS (5437), website <https://www.childcarescc.org/child-care-application>, Email: childcarescc@sccoe.org El programa Childcare Resource & Referral (R&R) proporciona a cada familia la información que necesitan para acceder a un cuidado y educación temprana de alta calidad que satisfaga sus preferencias específicas.**

Guía de Ingreso del Programa Preescolar Estatal efectivo 7/1/23

Tamaño de familia	1-2	3	4	5	6	7	8
Maximo Ingreso Bruto Mensual	\$7,209	\$8,154	\$9,441	\$10,952	\$12,462	\$12,745	\$13,029





**GILROY UNIFIED SCHOOL DISTRICT
2024-2025 PRESCHOOL STUDENT REGISTRATION**

Student ID _____

Nombre Legal del Estudiante:	Fecha de Nacimiento: Lugar de nacimiento, Estado, País	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
Apellido Primer Nombre Inicial	PROBLEMA MEDICO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Domicilio de Correspondencia Ciudad Código Postal	INDIQUE EL PROBLEMA: (INCLUYA INFORMACION ADICIONAL)	
Domicilio de Vivienda Ciudad Código Postal		
Mejor número para llamarle:		

Información de Emergencia (si los padres no se encuentran): Nombre Domicilio Teléfono	Mes/Año cuando se mudó a este domicilio
---	---

¿Ha asistido este estudiante a escuelas del Distrito Escolar de Unificado de Gilroy anteriormente? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Escuela: _____ Grade: _____ Año: _____	Hermanos viviendo en la misma dirección asistiendo al Distrito Escolar de Gilroy Nombre Escuela/Grado _____ _____ _____	¿Alguna vez ha recibido este estudiante alguno de los siguientes servicios en este u otro Distrito Escolar? Gate Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 504 Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Educación Especial * Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> *(Si es si, identifique el servicio) Recursos, Habla, Clase de día Especial
--	--	---

Escuela(s) Previa(s) (Marque el Prescolar si aplica)								
Grado Asistidos	Fecha de Inscripción	Fecha de Salida	Escuela	Publica		Estado	Ciudad	Condado
				Si	No			

**Cuestionario sobre el idioma que se habla en casa.
Si en las preguntas su respuesta es otro idioma diferente al inglés, su hijo tendrá que tomar un examen de colocación (ESL) (ELD)**

1. ¿Qué idioma(s) escucha su hijo o hija en casa? <i>Esto incluye el o los idioma(s) hablado(s) por los padres, abuelos, hermanos, familia extendida u otras personas que viven en el hogar o lo visitan.</i> _____ 2. ¿Qué idioma entiende su hijo o hija? _____	3. ¿Qué idioma(s) escucha su hijo o hija en su vecindario y comunidad? <i>Por ejemplo, con amigos y vecinos, en la iglesia o en programas o actividades después de la escuela. Esto es para demostrar la exposición al idioma, no para medir la competencia de su nivel del idioma.</i> _____ 4. ¿Qué idioma(s) habla su hijo o hija? _____
--	--

Marque al que corresponda <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Familia Temporal -Foster <input type="checkbox"/> Apoderado Legal <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____ Divorciado/Separado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Custodia Compartida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia?	Nombre de Guardian: _____ Domicilio si es diferente al estudiante _____ Celular: _____ Nivel de Educación, Año Universitario o Título Obtenido: <input type="checkbox"/> No graduado de la preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado Universidad Teléfono del Trabajo: _____ <input type="checkbox"/> Graduado de la preparatoria <input type="checkbox"/> Aldo de Universidad Correo Electrónico: _____ <input type="checkbox"/> Escuela de Graduados
--	---

Marque al que corresponda <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Familia Temporal -Foster <input type="checkbox"/> Apoderado Legal <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____ Divorciado/Separado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Custodia Compartida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia?	Nombre de Guardian: _____ Domicilio si es diferente al estudiante _____ Celular: _____ Nivel de Educación, Año Universitario o Título Obtenido: <input type="checkbox"/> No graduado de la preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado Universidad Teléfono del Trabajo: _____ <input type="checkbox"/> Graduado de la preparatoria <input type="checkbox"/> Algo de Universidad Correo Electrónico: _____ <input type="checkbox"/> Escuela de Graduados
--	---

CENTRO PREFERIDO	
Programa de 3 horas. Horarios vanean por centro. <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM Centro Prescolar/maestra preferido: _____ <input type="checkbox"/> Rod Kelley <input type="checkbox"/> Glen View <input type="checkbox"/> Antonio Del Buono <input type="checkbox"/> Glen View Doble Inmersión (PM SOLAMENTE)	ENTIENDO QUE MI PETICIÓN SE TOMA EN CUENTA PERO NO ES GARANTIZADO _____ iniciales

DECLARO BAJO JURAMENTO Y ANTE LAS LEYES DEL ESTADO DE CALIFORNIA QUE TODO LO ANTERIOR ES VERDADERO Y LO RESPALDO CON DOCUMENTACIÓN LEGAL.
 Firma del Padre/Guardian _____ Fecha _____

Apéndice B Entrevista de lenguaje e interés familiar

Nombre del Estudiante

Propósito y formular

El propósito de esta entrevista es para apoyar a la construcción de relaciones con familias con niños identificados como aprendiz de idioma dual y aprender más sobre las experiencias de cada niño con el lenguaje.

La identificación de su hijo como un aprendiz de idioma dual en CSPP significa que su hijo se beneficiará del apoyo adicional del programa para desarrollar sus habilidades en su idioma natal, así como en el idioma inglés. Esta identificación les servirá solo en preescolar y es diferente a cualquier proceso de identificación o apoyo de programa que un niño pueda recibir más tarde como aprendiz de inglés en TK o Kínder.

Preguntas de la entrevista del lenguaje e interés familiar

- 1.) ¿Cuáles son los intereses y actividades favoritas de su hijo o hija? (Por ejemplo, ¿su hijo tiene cuentos, libros y canciones favoritas?)

- 2.) ¿Cuáles son algunas fortalezas que usted ve en su hijo o hija y sobre las que podemos construir? (Por ejemplo, ¿le gusta construir cosas, hacer arte, etc.)?

- 3.) ¿Cómo podemos ayudar a apoyar el lenguaje y el desarrollo de su hijo o hija en el hogar? (Por ejemplo, libros para leer en casa, materiales, ideas de actividades)

- 4.) A los niños pequeños les encanta hablar, leer, cantar y son capaces de aprender todos los idiomas que los rodean. ¿Qué idioma(s) habla más su hijo en casa?

- 5.) Queremos apoyar de la mejor manera al desarrollo del lenguaje de su hijo y entender qué idioma(s) hablan con los miembros de la familia. ¿Qué idioma(s) habla su hijo con sus hermanos, abuelos y otros miembros de la familia?

- 6.) ¿Qué idioma(s) habla más su hijo en general? Esto sería dentro y fuera de la casa, combinados.

- 7.) ¿En qué idioma preferiría recibir comunicación escrita de nuestra parte? (Aunque nos gustaría adaptar a todas las solicitudes de comunicación escrita en el idioma solicitado por los padres de familia, es posible que nuestro programa no pueda traducir los materiales de comunicación escrita a ese idioma).

- 8.) ¿En qué idioma preferiría que nos comuniquemos verbalmente con usted? (Aunque nos gustaría poder adaptar a todas las solicitudes de comunicación verbal en el idioma solicitado por los padres de familia, es posible que nuestro programa no pueda ofrecer traducción a ese idioma).

Preguntas e inquietudes de las familias:

Recursos para compartir con respecto a los beneficios del multilingüismo y el desarrollo de la lengua materna:

- Formas de desarrollar el bilingüismo de su hijo (español): <https://www.multilinguallearningtoolkit.org/wp-content/uploads/2021/08/Support-Bilingualism-Spanish-1.pdf>
- Manteniendo su idioma natal (disponible en 16 idiomas): <https://cmascanada.ca/2018/05/15/keeping-your-home-language/>
- Beneficios del multilingüismo: <https://ncela.ed.gov/files/announcements/20200805-NCELAInfographic-508.pdf>



Evaluación de las necesidades de la familia

El preescolar quisiera ayudar a satisfacer las necesidades de los niños y las familias a las que servimos. Por favor ayúdenos completando la siguiente encuesta.

Nombre del estudiante _____ Nombre del P/Madre _____

¿Llama a su hijo/a por algún otro nombre que no sea su nombre legal? Si es así, ¿cuál es el nombre?:

¿Qué idioma se habla en casa? Inglés Español Otro: _____

¿Tiene alguna preocupación acerca de su hijo en cualquiera de las siguientes áreas? Si la respuesta es sí, explique a continuación.

SI	NO		SI	NO	
		Audición			Aprendizaje/Desarrollo Cognitivo
		Visión			Desarrollo Social
		Habla y Lenguaje			Desarrollo físico
		Comportamiento/Desarrollo Emocional			Otro

Preocupaciones: _____

Si su hijo tiene una necesidad especial diagnosticada, ¿está documentada? IEP FSP 504 Plan Otro _____

¿Desea información o referencias para cualquiera de los siguientes?

SI	NO		SI	NO	
		Asistencia alimentaria			Servicios Legales
		Alojamiento			Consejería Familiar
		Nutrición			Educación o información para padres
		Salud/Vacunas			Cuidado dental
		Otro:			Otro:

¿Hay algún tema específico que le gustaría que se discutiera en una reunión de padres? Si es así, ¿Cuál?

Firma de P/Madre _____ Fecha _____

FOR OFFICE USE ONLY			
		Date	
	Spoke to Parent		re:
	Gave Parent info		re:
	ASQ-SE given		returned on:
	Made referral on		to:
	Follow-up:		

DERECHOS PERSONALES

Guarderías infantiles

Derechos personales - Vea la Sección 101223 sobre las condiciones para exenciones en relación a las guarderías infantiles.

- (a) Guarderías infantiles. Cada niño que reciba servicios de una guardería infantil tendrá derechos que incluyen pero que no se limitan a los siguientes:
- (1) a ser tratado con dignidad en sus relaciones personales con el personal del establecimiento y con otras personas.
 - (2) a que se le proporcione alojamiento, muebles, y equipo que sean seguros, higiénicos, y cómodos, para satisfacer sus necesidades.
 - (3) a no recibir castigo corporal o poco común; a que no se le cause dolor o humillación; a que no se le intimide; a no recibir burlas, coerción, amenazas, abuso mental, u otros castigos incluyendo pero no limitándose a: interferir con las funciones diarias de la vida, tales como el comer, dormir, o usar el baño; a que no se le niegue alojamiento, ropa, medicamentos, o medios auxiliares para el funcionamiento físico.
 - (4) a que la persona con licencia para el cuidado de niños le informe al niño, así como a su representante autorizado si lo hay, sobre lo que dice la ley con respecto a las quejas. Esta información debe incluir pero no limitarse a la dirección y número de teléfono de la sección en la oficina de licenciamiento que recibe quejas, e información con respecto a la confidencialidad.
 - (5) a tener la libertad de asistir a los servicios o a las actividades religiosas que desee, y a recibir visitas del consejero espiritual que prefiera. La asistencia a los servicios religiosos, ya sea dentro o fuera del establecimiento, deberá ser completamente voluntaria. En las guarderías infantiles, los padres o tutores legales del niño deberán tomar las decisiones sobre la asistencia a servicios religiosos y las visitas de consejeros espirituales.
 - (6) a que no se le encierre con llave en ninguna habitación, edificio, ni parte del establecimiento durante el día o la noche.
 - (7) a que no se le coloque en ningún aparato para limitar sus movimientos, excepto en un aparato de restricción para proporcionar apoyo que haya sido aprobado desde antes por la oficina de licenciamiento.

EL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL TIENE EL DERECHO A QUE SE LE INFORME SOBRE LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO APROPIADA CON LA CUAL DEBE COMUNICARSE SI TIENE QUEJAS. LA OFICINA ES:

NOMBRE

Community Care Licensing

DIRECCIÓN

2580 N First Street Suite 300

CIUDAD

San Jose

CÓDIGO POSTAL

95131

AREA/NÚMERO DE TELÉFONO

(408) 324-2148

SEPARE AQUÍ

AL: PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL/NIÑO O REPRESENTANTE AUTORIZADO:

PARA EL EXPEDIENTE DEL NIÑO

Complete la siguiente confirmación, una vez que se le haya dado la información respecto a los derechos personales de una manera satisfactoria y completa, según se explica aquí:

CONFIRMACIÓN: Se me (nos) informó personalmente y recibí una copia de los derechos personales que contiene el Título 22 del Código de Ordenamientos de California, en el momento de admisión a:

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)

GUSD Preschool Program

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO)

Gilroy CA 95020

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL NIÑO)

(FIRMA DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)

(TÍTULO/PUESTO DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)

(FECHA)

NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LAS GUARDERÍAS INFANTILES

DERECHOS DE LOS PADRES

Como padre/madre/representante autorizado, usted tiene derecho a:

1. Entrar e inspeccionar la guardería infantil (llamada "guardería" de aquí en adelante) sin notificación previa, en cualquier momento en el cual los niños estén bajo cuidado.
2. Presentar una queja con la oficina de licenciamiento en contra de la persona con licencia y revisar el expediente público que la oficina de licenciamiento tenga de la persona con licencia.
3. Revisar, en la guardería, los reportes sobre las visitas a la guardería por parte de la oficina de licenciamiento y las quejas comprobadas en contra de la persona con licencia que se hayan presentado durante los últimos tres años.
4. Quejarse con la oficina de licenciamiento e inspeccionar la guardería sin que se discrimine ni que se tomen represalias en contra de usted ni de su hijo.
5. Pedir por escrito que no se le permita a un padre/madre que visite al niño de usted ni que se lo lleve de la guardería, siempre y cuando usted haya presentado una copia certificada de la orden de la corte.
6. Recibir de la persona con licencia el nombre, dirección y número de teléfono de la oficina local de licenciamiento.

Nombre de la oficina de licenciamiento: Community Care Licensing

Dirección de la oficina de licenciamiento: 2580 N First Street Suite 300

Número de teléfono de la oficina de licenciamiento: San Jose CA 95131 (408) 324-2148

7. Después de haberlo solicitado, que la persona con licencia le informe del nombre y tipo de asociación con la guardería de cualquier persona adulta a quien se le haya otorgado una exención en relación a sus antecedentes penales, y que el nombre de la persona también se puede obtener comunicándose con la oficina local de licenciamiento.
8. Recibir de la persona con licencia, el formulario sobre el proceso para la revisión de los antecedentes de los proveedores de cuidado.

NOTA: LA LEY ESTATAL DE CALIFORNIA ESTIPULA QUE LA PERSONA CON LICENCIA PUEDE NEGAR EL ACCESO A LA GUARDERÍA AL PADRE/MADRE/REPRESENTANTE AUTORIZADO SI SU COMPORTAMIENTO PONE EN RIESGO A LOS NIÑOS BAJO CUIDADO.

Para ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (conocida en inglés como "Registered Sex Offender Database"), vaya a www.meganslaw.ca.gov

LIC 995 (SP) (9/08)

(Separe aquí. Dele esta porción a los padres.)

CONFIRMACIÓN DE HABER RECIBIDO LA NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES (Se requiere la firma del padre/madre/representante autorizado.)

Yo, el padre/madre/representante autorizado de _____, he recibido, de la persona con licencia, una copia de la "NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LAS GUARDERÍAS INFANTILES" y el formulario sobre el PROCESO PARA LA REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES DE LOS PROVEEDORES DE CUIDADO.

GUSD Preschool Program

Nombre de la guardería

Firma (Padre/madre/representante autorizado)

Fecha

NOTA: Esta Confirmación se tiene que conservar en el expediente del niño y una copia de la Notificación se le tiene que dar al padre/madre/representante autorizado.

Para ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (conocida en inglés como "Registered Sex Offender Database"), vaya a www.meganslaw.ca.gov

Condado de Santa Clara

Autorización piloto para contactar al empleador (01/07/18)

Este formulario es para ser utilizado SOLAMENTE por los servicios ofrecidos por los programas de día parcial CSPP (por su sigla en inglés).

Autorización para contactar al empleador

El Título 5 §18084 ((1) (A)) requiere que los padres/tutores que estén empleados proporcionen una autorización que autorice a la agencia a comunicarse con el (los) empleador (es), hasta donde sepa, que incluya la siguiente información:

Yo, _____ autorizo a
(nombre del padre / tutor en letra imprenta)

_____ ,
(nombre de la agencia/contratista)

a contactar a mi empleador, si es necesario, para verificar los ingresos con el fin de aprobar los servicios preescolares.

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Teléfono del empleador: _____

Horario habitual de comercio/oficina: _____

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

iniciales

Siento que mi empleo estará en riesgo si contacta a mi empleador.

Condado de Santa Clara
Autorización piloto para contactar al empleador (01/07/18)

Este formulario es para ser utilizado SOLAMENTE por los servicios ofrecidos por los programas de día parcial CSPP (por su sigla en inglés).

Autorización para contactar al empleador

El Título 5 §18084 ((1) (A)) requiere que los padres/tutores que estén empleados proporcionen una autorización que autorice a la agencia a comunicarse con el (los) empleador (es), hasta donde sepa, que incluya la siguiente información:

Yo, _____ autorizo a
(nombre del padre / tutor en letra imprenta)

_____ ,
(nombre de la agencia/contratista)

a contactar a mi empleador, si es necesario, para verificar los ingresos con el fin de aprobar los servicios preescolares.

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Teléfono del empleador: _____

Horario habitual de comercio/oficina: _____

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

iniciales

Siento que mi empleo estará en riesgo si contacta a mi empleador.

2024-2025
Mobility Form
CONFIDENCIAL

Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Cuál es el grupo étnico de su niño/a? (**Marque Uno**)

- Hispano o Latino (Cuba, Mexico, Puerto Rico, América Central o América del Sur, u otro grupo u origen de alguna cultura hispana)
- No Hispano o Latino

¿De qué raza es su niño/a? (Puede marcar hasta cinco categorías)

La pregunta de la parte de arriba es sobre su grupo étnico, no la raza. No importa lo que haya marcado arriba, por favor continúe contestando lo siguiente marcando uno o más cuadritos, según considere cuál es su raza.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska (100)
<small>(personas de origen de cualquiera de las razas originarias de América del Norte, central o del Sur)</small> | <input type="checkbox"/> Laosiano (206) | <input type="checkbox"/> Tahitiano (304) |
| <input type="checkbox"/> Chino (201) | <input type="checkbox"/> Camboyano (207) | <input type="checkbox"/> De alguna isla del Pacífico (399) |
| <input type="checkbox"/> Japonés (202) | <input type="checkbox"/> Hmong (208) | <input type="checkbox"/> Filipino (400) |
| <input type="checkbox"/> Coreano (203) | <input type="checkbox"/> Otro grupo Asiático (299) | <input type="checkbox"/> Afro- Americano/Negro (600) |
| <input type="checkbox"/> Vietnamés (204) | <input type="checkbox"/> Hawaiano (301) | <input type="checkbox"/> Anglo (700) <small>(personas de origen europeo, del Norte de África o del Medio Oriente)</small> |
| <input type="checkbox"/> Indio Asiático (205) | <input type="checkbox"/> Guameño (302) | |
| | <input type="checkbox"/> Samoano (303) | |

MOBILIDAD (Requerido/Obligatorio)

1. Indique el grado en el cual está inscrito/a su niño/a. P K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

2. Indique el grado en el que su niño entro cuando ingreso/asistió por primera vez a este distrito

P K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

3. ¿Cuándo asistió/va a asistir por primera vez su niño a la escuela en los Estados Unidos? Mes _____ Año _____



CONFIRMACIÓN DE LECTURA Y CONSENTIMIENTO

Yo, _____, como el padre o madre, tutor o persona legalmente
Nombre(s)

autorizada representante de _____
Nombre/s del menor

he sido informado/a y comprendo que FIRST 5 Santa Clara County puede compartir información confidencial sobre mi familia con otras personas o agencias que trabajan con FIRST 5 para planear y proveer servicios a mi familia.

Las agencias que participan trabajando con FIRST 5 para planear y proveer servicios pueden incluir, pero no se limitan a: proveedores de servicios médicos, el Departamento de salud mental, el Departamento de salud pública, la Agencia de servicios sociales, programas de preescolar y Head Start, el Centro regional, proveedores de educación temprana y otros proveedores de servicios a la infancia temprana.

Cada agencia divulgará o intercambiará información confidencial o registros a otras agencias participantes únicamente cuando la información pueda ser relevante para los servicios a proveer o para propósitos de evaluación como se explica más abajo.

Se requiere un formulario de autorización por separado para la divulgación de información médica por parte de un proveedor de atención médica. Entiendo que se me puede solicitar firmar otros formularios para la divulgación de información médica.

Entiendo que se requiere a FIRST 5 que realice evaluaciones de los servicios que proporciona a mi familia. Esto requiere la recolección y análisis de información y datos que pudieran incluir información confidencial sobre mi familia. Entiendo que esta información ayudará a mejorar los servicios para familias como la mía y que no se incluirá información confidencial en ningún informe público.

FIRST 5 requiere mi permiso para recolectar y analizar información confidencial con propósitos de evaluación. Esta información se puede compartir con los evaluadores y colaboradores de FIRST 5 y con los proveedores de servicios de infancia temprana. Cada agencia entiende que debe mantener la confidencialidad de esa información y puede divulgarla únicamente en conformidad con la ley o con una autorización a través de un consentimiento por escrito. Hay riesgos mínimos para mi familia derivados de la divulgación de esta información.

Doy mi permiso a FIRST 5 y a sus evaluadores y colaboradores para recolectar y analizar la información personal de mi familia para propósitos de evaluación del programa.

Entiendo que aunque elija no firmar esta Confirmación de lectura y Consentimiento, mi familia recibirá los servicios y para ese propósito mi nombre y dirección serán ingresados en la base de datos de FIRST 5 y estarán disponibles para el administrador de la base de datos.

También entiendo que puedo cancelar este consentimiento en cualquier momento, mandando una solicitud por escrito a Research and Evaluation Department, FIRST 5 Santa Clara County, 4000 Moorpark Avenue, Suite 200, San Jose, CA 95117. La cancelación de mi permiso no afectará ninguna información que ya haya sido recolectada.

Este consentimiento estará vigente por 10 años.



CONFIRMACIÓN DE LECTURA Y CONSENTIMIENTO (continuación)

He leído este formulario, o se me ha explicado en su totalidad, y comprendo las disposiciones.

Padre/s, Tutor o Representante legal:

Nombre en letra de molde

Nombre en letra de molde

Firma

Firma

Relación con el menor(es)

Relación con el menor(es)

Nombre(s) del(los) menor(es)

Fecha

GUSD Preschool Program

Nombre de la agencia que obtiene la firma del padre y conserva el formulario original

Lupe Vela

Nombre de la persona que obtiene la firma del padre

HISTORIAL DE LA SALUD DEL NIÑO ANTES DE LA ADMISIÓN—REPORTE DEL PADRE/MADRE

NOMBRE DEL NIÑO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE/PAREJA DOMÉSTICA DEL PADRE	¿VIVE EL PADRE/LA PAREJA DOMÉSTICA DEL PADRE EN EL HOGAR CON EL NIÑO?	
NOMBRE DE LA MADRE/PAREJA DOMÉSTICA DE LA MADRE	¿VIVE LA MADRE/LA PAREJA DOMÉSTICA DE LA MADRE EN EL HOGAR CON EL NIÑO?	
¿ESTÁ/HA ESTADO EL NIÑO BAJO LA SUPERVISIÓN REGULAR DE UN MÉDICO?	FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO/MÉDICO	

HISTORIAL DEL DESARROLLO (*solamente para los bebés y niños de edad preescolar)

EMPEZÓ A CAMINAR A LOS*	EMPEZÓ A HABLAR A LOS*	SE LE EMPEZÓ A ENSEÑAR CÓMO IR AL BAÑO A LOS*
MESES	MESES	MESES

ENFERMEDADES EN EL PASADO — Marque las enfermedades que el niño ha tenido y especifique las fechas aproximadas de las mismas:

	FECHAS		FECHAS		FECHAS
<input type="checkbox"/> Varicela		<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Poliomiелitis	
<input type="checkbox"/> Asma		<input type="checkbox"/> Epilepsia		<input type="checkbox"/> Sarampión de diez días (Rubeola)	
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática		<input type="checkbox"/> Tos ferina		<input type="checkbox"/> Sarampión de tres días (Rubella)	
<input type="checkbox"/> Fiebre del heno		<input type="checkbox"/> Paperas			

ESPECIFIQUE OTRAS ENFERMEDADES O ACCIDENTES SERIOS O GRAVES

¿TIENE EL NIÑO RESFRIADOS FRECUENTES? SÍ NO ¿CUÁNTOS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES? ANOTE CUALQUIER ALERGIJA DE LA CUAL EL PERSONAL DEBE ESTAR ENTERADO

RUTINA DIARIA (*solamente para los bebés y niños de edad preescolar)

¿A QUÉ HORA SE LEVANTA EL NIÑO?*	¿A QUÉ HORA SE ACUESTA EL NIÑO?*	¿DUERME BIEN EL NIÑO?*
¿DUERME EL NIÑO DURANTE EL DÍA?*	¿CUANDO?*	¿POR CUÁNTO TIEMPO?*
PATRÓN DE DIETA: (¿Qué come el niño usualmente para estas comidas?)	DESAYUNO _____ ALMUERZO _____ CENA _____	¿CUÁLES SON LAS HORAS USUALES DE ESTAS COMIDAS? DESAYUNO _____ ALMUERZO _____ CENA _____

¿HAY ALGUNOS ALIMENTOS QUE NO LE GUSTAN COMER?

¿TIENE ALGUN PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN?

¿SABE EL NIÑO COMO IR AL BAÑO?*	SI CONTESTA "SÍ". ¿EN QUE ETAPA DE APRENDIZAJE ESTA?*	¿TIENE EVACUACIONES INTESTINALES REGULARES?*	¿CUÁL ES LA HORA USUAL?*
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿CUÁL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LAS EVACUACIONES INTESTINALES?*		¿CUÁL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LA DESCARGA DE LA ORINA?*	

EVALUACIÓN DE LA SALUD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE/MADRE

¿ESTÁ EL NIÑO ACTUALMENTE BAJO EL CUIDADO DE UN DOCTOR?	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE EL NOMBRE DEL DOCTOR:	¿ESTÁ TOMANDO EL NIÑO MEDICAMENTOS RECETADOS?	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE Y EFECTOS SECUNDARIOS:
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL?	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE:	¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL EN SU CASA?	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE:
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE/MADRE

¿CÓMO CONVIVE EL NIÑO CON SUS PADRES, HERMANOS, HERMANAS, Y OTROS NIÑOS?

¿HA TENIDO EL NIÑO EXPERIENCIAS EN RELACIÓN A JUEGOS EN GRUPO?

¿TIENE EL NIÑO ALGÚN PROBLEMA/TEMORES/NECESIDADES ESPECIALES? (EXPLIQUE.)

¿CUÁL ES EL PLAN PARA EL CUIDADO DEL NIÑO CUANDO ESTÉ ENFERMO?

RAZÓN PARA SOLICITAR LA COLOCACIÓN EN UN LUGAR DONDE SE PROPORCIONE CUIDADO DE NIÑOS

FIRMA DEL PADRE/MADRE

FECHA

PHYSICIAN'S REPORT—CHILD CARE CENTERS (CHILD'S PRE-ADMISSION HEALTH EVALUATION)

PART A – PARENT'S CONSENT (TO BE COMPLETED BY PARENT)

_____, born _____ is being studied for readiness to enter
(NAME OF CHILD) (BIRTH DATE)

_____ . This Child Care Center/School provides a program which extends from 3 : hrs
(NAME OF CHILD CARE CENTER/SCHOOL)

a.m./p.m. to _____ a.m./p.m. , 5 days a week.

Please provide a report on above-named child using the form below. I hereby authorize release of medical information contained in this report to the above-named Child Care Center.

(SIGNATURE OF PARENT, GUARDIAN, OR CHILD'S AUTHORIZED REPRESENTATIVE)

(TODAY'S DATE)

PART B – PHYSICIAN'S REPORT (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN)

Problems of which you should be aware:

Hearing: _____ Allergies: medicine: _____

Vision: _____ Insect stings: _____

Developmental: _____ Food: _____

Language/Speech: _____ Asthma: _____

Dental: _____

Other (Include behavioral concerns): _____

Comments/Explanations: _____

MEDICATION PRESCRIBED/SPECIAL ROUTINES/RESTRICTIONS FOR THIS CHILD: _____

IMMUNIZATION HISTORY: (Fill out or enclose California Immunization Record, PM-298.)

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	1st	2nd	3rd	4th	5th
POLIO (OPV OR IPV)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
DTP/DTaP/ DT/Td (DIPHTHERIA, TETANUS AND [ACELLULAR] PERTUSSIS OR TETANUS AND DIPHTHERIA ONLY)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
MMR (MEASLES, MUMPS, AND RUBELLA)	/ /	/ /			
HIB MENINGITIS (REQUIRED FOR CHILD CARE ONLY) (HAEMOPHILUS B)	/ /	/ /	/ /	/ /	
HEPATITIS B	/ /	/ /	/ /		
VARICELLA (CHICKENPOX)	/ /	/ /			

SCREENING OF TB RISK FACTORS (listing on reverse side)

- Risk factors not present; TB skin test not required.
- Risk factors present; Mantoux TB skin test performed (unless previous positive skin test documented).
____ Communicable TB disease not present.

I have have not reviewed the above information with the parent/guardian.

Physician: _____
Address: _____
Telephone: _____

Date of Physical Exam: _____
Date This Form Completed: _____
Signature _____

Physician Physician's Assistant Nurse Practitioner

Child's Name: _____ Birthdate: _____ Male/Female _____ School: GUSD- Preschool
 Last, First month/day/year

Address _____ Phone: _____ Grade: Preschool
 Street City Zip

Santa Clara County Public Health Department Tuberculosis (TB) Risk Assessment for School Entry

This form must be completed by a licensed health professional in the U.S. and returned to the child's school.

1. Was your child born in, resided, or traveled (for more than one month) to a country with an elevated rate of TB*? Yes No
2. Has your child been in close contact to anyone with TB disease in their lifetime? Yes No
3. Is your child immunosuppressed; current, or planned? (e.g., due to HIV infection, organ transplant, treatment with TNF-alpha antagonist or high-dose systemic steroids (e.g., prednisone ≥ 15 mg/day for ≥ 2 weeks). Yes No

*Most countries other than the U.S., Canada, Australia, New Zealand, or a country in western or northern Europe. This does not include tourist travel for <1 month (i.e., travel that does not involve visiting family or friends, or involve significant contact with the local population).

If YES, to any of the above questions, the child has an increased risk of TB and should have a TB blood test or a tuberculin skin test (TST) unless there is either 1) a documented prior positive IGRA or TST or 2) no new risk factors since last documented negative IGRA (performed at age ≥2 years in US or TST performed at age ≥ 6 months in U.S.)

All children with a current or prior positive IGRA/TST result must have a medical evaluation, including a chest x-ray (CXR; posterior-anterior and lateral for children <5 years old is recommended). CXR is not required for children with documented prior treatment for TB disease, documented prior treatment for latent TB infection, or BCG-vaccinated children who have a positive TST and negative IGRA. If there are no symptoms or signs of TB disease and the CXR is normal, the child should be treated for latent TB infection (LTBI) to prevent progression to TB disease.

Enter test results for all children with a positive risk assessment:

Date of (IGRA)	Result: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Indeterminate
Tuberculin Skin Test (TST/Mantoux/PPD)	Induration _____ mm
Date placed: _____ Date read: _____	Result: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive
Chest X-Ray Date: _____ Impression: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Abnormal	
LTBI Treatment Start Date: _____ <input type="checkbox"/> Rifampin daily - 4 months <input type="checkbox"/> Isoniazid/Rifapentine - weekly X 12 weeks <input type="checkbox"/> Isoniazid daily - 9 months <input type="checkbox"/> Isoniazid and Rifampin daily - 3 advice months	<input type="checkbox"/> Prior TB/LTBI treatment (Rx & duration): _____ <input type="checkbox"/> Treatment medically contraindicated <input type="checkbox"/> Declined against medical
Please check one of the boxes below and sign: <input type="checkbox"/> Child has no TB symptoms, no risk factors for TB, and does not require a TB test. <input type="checkbox"/> Child has a risk factor, has been evaluated for TB and is free of active TB disease. <input type="checkbox"/> Child has no new risk factors since last negative IGRA/TST and has no symptoms. <input type="checkbox"/> Child has no TB symptoms. Appointment for IGRA/TST scheduled on: _____ <input type="checkbox"/>	
Health Care Provider Signature, Title _____ Date _____	

Name/Title of Health Provider:
Facility/Address:
Phone number: