

SOLICITUD DE ADMISIÓN

FECHA DE HOY: _____

NOMBRE DEL NIÑO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: VARON HEMBRA

NOMBRE DE CARIÑO QUE USA EL NIÑO (APODO): _____

NOMBRE DE ESCUELA ATENDIDAS: _____ FECHA: _____

NOMBRE DE ESCUELA ATENDIDAS: _____ FECHA: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____ TEL: _____ CELL: _____

DIRECCIÓN: _____ E-MAIL: _____

NOMBRE DEL PADRE: _____ TEL: _____ CELL: _____

DIRECCIÓN: _____ E-MAIL: _____

OCUPACION

PADRE: _____ EMPRESA: _____ TEL: _____

MADRE: _____ EMPRESA: _____ TEL: _____

GUARDIÁN: _____ EMPRESA: _____ TEL: _____

ESTADO CIVIL

EL NIÑO VIVE CON: _____

PADRES ESTAN: CASADOS JUNTOS SEPERADOS DIVORCIADOS VIUDO

CUSTODIA DEL NIÑO: CONJUNTO MADRE PADRE GUARDIÁN ABUELOS

¿Existen limitaciones al derecho de cualquiera de los padres para recoger o visitar al niño en la escuela?

SI NO SI ES ASÍ, POR FAVOR INCLUYA UNA COPIA DE LA ORDEN JUDICIAL PARA GUARDAR EN ARCHIVO EN CMLC

OTROS NIÑOS QUE VIVEN EN SU CASA:

NOMBRE: _____ FECHA DE NAC: _____ RELACION: _____

NOMBRE: _____ FECHA DE NAC: _____ RELACION: _____

NOMBRE: _____ FECHA DE NAC: _____ RELACION: _____

MARQUE LAS HORAS DESEADAS (COLEGIATURA):

 8:00am - 12:00pm (\$600 POR MES) 7:30am - 5:30pm (\$1200 POR MES)

AYUDA SUBSIDIADA POR EL ESTADO:

 8:15am - 11:45am (SEPTIEMBRE - JUNIO) 12:15pm - 3:45pm (SEPTIEMBRE - JUNIO) 7:30am - 5:30pm (TODO EL AÑO)

REQUISITOS PARA LA SOLICITUD DE SUBVENCIÓN:

 ACTA DE NACIMIENTO DE TODOS SUS NIÑOS PRUEBA DE INGRESOS MENSUAL RECONOCIMIENTO FÍSICO PRUEBA DE DIRECCIÓN OTROS DOCUMENTOS

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo doy consentimiento para que mi hijo participe en caminatas y excursiones fuera de la escuela y a lugares de interés.

Yo autorizo a la Directora a llamar a una ambulancia en caso de que mi hijo tenga atención medica, en caso que yo no pueda ser localizado(a) inmediatamente.

Es entendido que harán lo posible por informarme a mi o a mi esposo(a). Yo entiendo que la Agencia de Licencia de la Comunidad tiene derecho a entrevistar a mi niño(a) sin dar permiso a nadie..

FIRMA DE PADRE/MADRE: _____ FECHA: _____

LISTA DE PERSONAS AUTORIZADAS PARA SACAR MI HIJO(A) DE LA ESCUELA:

1. NOMBRE: _____ RELACION: _____

DIRECCIÓN: _____ TEL: _____

2. NOMBRE: _____ RELACION: _____

DIRECCIÓN: _____ TEL: _____

3. NOMBRE: _____ RELACION: _____

DIRECCIÓN: _____ TEL: _____

4. NOMBRE: _____ RELACION: _____

DIRECCIÓN: _____ TEL: _____

POLIZA DE LA ESCUELA

El Programa Montessori es apropiado para la mayoría de los niños. Sin embargo, hay algunos niños con necesidades o problemas especiales que no funcionarían bien en el ambiente Montessori, por ejemplo, aquellos que necesitan demasiada atención o niños excesivamente agresivos. Por esta razón, nosotros nos reservamos el derecho de pedirle que retire a su hijote esta escuela si vemos que es lo mejor para el y afecta seriamente la efectividad del programa.

Esta petición no sería hecha sin una extensa consulta previa entre usted y nuestro personal y sería una decisión conjunta de nuestro personal y la Junta Directiva (Board of Directors).

Por supuesto, si nos vemos en la necesidad de hacer tal petición de terminación, nuestro personal y la Junta Directiva harán lo que posible para ayudarlo a encontrar el mejor ambiente preescolar para su niño.

Yo he leído las normas y acepto sus términos.

FIRMA DE PADRE/MADRE: _____

CMLC opera bajo una base no discriminatoria, de acuerdo a la igualdad de trato y acceso a los servicios sin distinción de raza, color, religión, nacionalidad o ascendencia.

POR FAVOR IR A LA PÁGINA SIGUIENTE

PARA SER LLENADO POR EL PADRE

1. COMO SE ENTERO DE ESTA ESCUELA?

2. POR QUE QUIERE ELEGIR ESTA ESCUELA PARA SU HIJO(A)?

3. POR FAVOR DESCRIBA SU HIJO(A) Y SUS PUNTOS FUERTES:

4. POR FAVOR DESCRIBA CUALQUIER DIFICULTADES/PROBLEMAS QUE TIENE SU HIJO(A):

5. QUE METAS TIENE PARA SU HIJO(A)?

6. POR FAVOR NOTE CUALQUIER COSA QUE USTED SIENTE PUEDE SER UTÍL PARA NUESTROS EMPLEADOS PARA CREAR UNA EXPERIENCIA MEJOR PARA SU HIJO(A):

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN Y EMERGENCIA GUARDERÍAS INFANTILES/HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS

A completarse por el padre/madre o el representante autorizado

NOMBRE DEL NIÑO	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	SEXO	TELÉFONO ()
DIRECCIÓN	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
					FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL/ PAREJA DOMÉSTICA DEL PADRE	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELÉFONO DEL TRABAJO ()	
DIRECCIÓN DEL HOGAR	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
					TELÉFONO DEL HOGAR ()
NOMBRE DE LA MADRE/TUTOR LEGAL/ PAREJA DOMÉSTICA DE LA MADRE	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELÉFONO DEL TRABAJO ()	
DIRECCIÓN DEL HOGAR	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
					TELÉFONO DEL HOGAR ()
PERSONA RESPONSABLE DEL NIÑO	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELÉFONO DEL HOGAR ()	TELÉFONO DEL TRABAJO ()

PERSONAS ADICIONALES QUE SE PUEDEN LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	PARENTESCO/ RELACIÓN

MÉDICO O DENTISTA QUE SE DEBE LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

MÉDICO	DIRECCIÓN	NOMBRE Y NÚMERO DEL PLAN MÉDICO	TELÉFONO ()
DENTISTA	DIRECCIÓN	NOMBRE Y NÚMERO DEL PLAN MÉDICO	TELÉFONO ()

SI NO SE PUEDE HABLAR CON EL MÉDICO, ¿QUE ACCIÓN SE DEBE DE TOMAR?

LLAMAR AL HOSPITAL DE EMERGENCIA OTRA EXPLIQUE: _____

NOMBRE DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA LLEVARSE AL NIÑO DEL ESTABLECIMIENTO

(AL NIÑO NO SE LE PERMITIRÁ SALIR CON NINGUNA OTRA PERSONA SIN AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO.)

NOMBRE	PARENTESCO/RELACION

HORA EN QUE SE PASARÁ A BUSCAR AL NIÑO

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL O REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA
--	-------

A COMPLETARSE POR EL DIRECTOR/ADMINISTRADOR DEL ESTABLECIMIENTO O POR LA PERSONA CON LICENCIA DEL HOGAR QUE PROPORCIONA CUIDADO DE NIÑOS

DATE OF ADMISSION	DATE LEFT
-------------------	-----------

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

NOMBRE DEL NIÑO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE	¿VIVE EL PADRE EN EL HOGAR CON SU HIJO?	
NOMBRE DE LA MADRE	¿VIVE LA MADRE EN EL HOGAR CON SU HIJO?	
¿ESTA/HA ESTADO EL NIÑO BAJO LA SUPERVISION REGULAR DE UN MEDICO?	FECHA DEL ULTIMO EXAMEN FISICO/MEDICO	

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

EMPEZO A CAMINAR A LOS*	MESES	EMPEZO A HABLAR A LOS*	MESES	SE LE EMPEZO A ENSEÑAR COMO IR AL BAÑO A LOS*	MESES
-------------------------	-------	------------------------	-------	---	-------

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

	FECHAS		FECHAS		FECHAS
! Varicela		! Diabetes		! Poliomielitis	
! Asma		! Epilepsia		! Sarampión de diez días (Rubeola)	
! Fiebre reumática		! Tos ferina		! Sarampión de tres días (Rubella)	
! Fiebre del heno		! Paperas			

ESPECIFIQUE OTRAS ENFERMEDADES O ACCIDENTES SERIOS O GRAVES

¿TIENE EL NIÑO RESFRIADOS FRECUENTES? ! SI ! NO	¿CUANTOS EN LOS ULTIMOS 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 QUE HORA SE LEVANTA EL NIÑO?*	¿A QUE HORA SE ACUESTA EL NIÑO?*	¿DUERME BIEN EL NIÑO?*
¿DUERME EL NIÑO DURANTE EL DIA?*	CUANDO?*	POR CUANTO TIEMPO?*
PATRON DE DIETA: (¿Qué come el niño usualmente para estas comidas?)	DESAYUNO _____ ALMUERZO _____ CENA _____	¿CUALES SON LAS HORAS USUALES DE ESTAS COMIDAS? DESAYUNO _____ ALMUERZO _____ CENA _____

¿HAY ALGUNOS ALIMENTOS QUE NO LE GUSTAN COMER?	¿TIENE ALGUN PROBLEMA DE ALIMENTACION?
--	--

¿SABE EL NIÑO COMO IR AL BAÑO?*	SI CONTESTA "SI", ¿EN QUE ETAPA DE APRENDIZAJE ESTA?*	¿TIENE EVACUACIONES INTESTINALES REGULARES?*	¿CUAL ES LA HORA USUAL?*
■ SI ! NO		■ SI ! NO	

¿CUAL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LAS EVACUACIONES INTESTINALES?*	¿CUAL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LA DESCARGA DE LA ORINA?*
--	--

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

¿ESTA EL NIÑO ACTUALMENTE BAJO EL CUIDADO DE UN DOCTOR?	SI CONTESTA "SI", ANOTE EL NOMBRE DEL DOCTOR:	¿ESTA TOMANDO EL NIÑO MEDICAMENTOS RECETADOS?	SI CONTESTA "SI", ANOTE LA CLASE Y EFECTOS SECUNDARIOS:
■ SI ! NO		■ SI ! NO	

¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL?	SI CONTESTA "SI", ANOTE LA CLASE:	¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL EN SU CASA?	SI CONTESTA "SI", ANOTE LA CLASE:
■ SI ! NO		■ SI ! NO	

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

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

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

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

¿CUAL ES EL PLAN PARA EL CUIDADO DEL NIÑO CUANDO ESTE ENFERMO?

RAZON PARA SOLICITAR LA COLOCACION EN UN LUGAR DONDE SE PROPORCIONE CUIDADO DE NIÑOS

FIRMA DEL PADRE/MADRE	FECHA
-----------------------	-------

NOTIFICACION SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACION A LOS HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS

DERECHOS DE LOS PADRES

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

1. Entrar e inspeccionar el hogar que proporciona cuidado de niños (llamado "hogar" 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 de la persona con licencia que la oficina de licenciamiento conserva.
3. Revisar, en el hogar, los reportes sobre las visitas al hogar 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 el hogar sin que se discrimine ni que se tomen represalias en contra de usted ni de su hijo.
5. Ser notificado y recibir, de la persona con licencia, una notificación por escrito con los nombres de cualquier persona a la cual no se le permite estar en el hogar mientras estén presentes los niños. **(NOTA: Esta notificación sólo se requiere cuando el Departamento, por escrito, ha excluido del hogar a alguien el 1º de enero de 2001 o después de esa fecha.)**
6. Pedir por escrito que no se le permita a un padre/madre que visite al niño de usted ni que se lo lleve del hogar, siempre y cuando usted haya presentado una copia certificada de la orden de la corte.
7. 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: 801 Traeger Avenue, Suite #100, San Bruno, CA 94066

Número de teléfono de la Oficina de Licenciamiento: 650-266-8843

8. Después de haberlo solicitado, que la persona con licencia le informe del nombre y tipo de asociación con el hogar de alguna persona adulta que tiene 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.
9. 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 AL HOGAR AL PADRE/MADRE/REPRESENTANTE AUTORIZADO SI SU COMPORTAMIENTO PONE EN RIESGO A LOS NIÑOS BAJO CUIDADO.

LIC 995A (SP) (8/02)

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

CONFIRMACION DE HABER RECIBIDO LA NOTIFICACION 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 "NOTIFICACION SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACION A LOS HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS" y el formulario sobre el PROCESO PARA LA REVISION DE LOS ANTECEDENTES DE LOS PROVEEDORES DE CUIDADO.

Nombre del hogar

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.

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

801 Traeger Avenue, Suite #100

CIUDAD

San Bruno, CA 94066

CÓDIGO POSTAL

AREA/NÚMERO DE TELÉFONO

650-266-8843

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)

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LA DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO)

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL NIÑO)

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

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

(FECHA)

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA PADRES

PROCESO PARA LA REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES DE LOS PROVEEDORES DE CUIDADO DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE CALIFORNIA

El Departamento de Servicios Sociales de California trabaja para proteger la seguridad de los niños bajo cuidado, proporcionando licencias a guarderías infantiles y hogares que proporcionan cuidado de niños. Nuestra mayor prioridad es asegurar que los niños estén en un ambiente de cuidado de niños que sea seguro y saludable. Las leyes de California requieren que se lleve a cabo una revisión de antecedentes para cualquier adulto que sea dueño de o que viva o trabaje en un hogar con licencia que proporciona cuidado de niños o en una guardería infantil con licencia. Cada uno de estos adultos tiene que presentar sus huellas dactilares para que se lleve a cabo una revisión de antecedentes para ver si tiene algún historial penal. Si determinamos que una persona ha sido condenada por un delito, que no sea una infracción menor de las reglas de tráfico o una ofensa relacionada con la marihuana la cual se trata bajo las nuevas leyes de reforma sobre marihuana de acuerdo a las Secciones 11361.5 y 11361.7 del Código de Salud y Seguridad, esa persona no podrá trabajar ni vivir en un hogar con licencia que proporciona cuidado de niños ni en una guardería infantil con licencia, a menos que lo apruebe el Departamento. A esta aprobación se le llama una exención.

Una persona que ha sido condenada por un delito como asesinato, violación, tortura, secuestro, delitos de violencia sexual o abuso sexual en contra de un niño, **por ley, no podrá recibir una exención que le permita ser dueño de o vivir o trabajar en** un hogar con licencia que proporciona cuidado de niños o en una guardería infantil con licencia. Si el delito fue un delito mayor (*felony*) o un delito menor grave, la persona tendrá que salir del establecimiento mientras que se revise la petición para una exención. Si el delito es menos grave, es posible que se le permita quedarse en el hogar con licencia que proporciona cuidado de niños o la guardería infantil con licencia mientras que se revise la petición.

Cómo se revisa la petición para una exención

Nosotros solicitamos información sobre los antecedentes de la persona a los departamentos de policía, la Oficina Federal de Investigaciones (FBI), y las cortes. Tomamos en consideración la clase de delito, cuántos delitos se han cometido, cuánto tiempo ha pasado desde que sucedió el delito, y si la persona ha sido honesta en lo que nos ha dicho.

La persona que necesita la exención tiene que proporcionar información sobre lo siguiente:

- el delito;
- lo que ha hecho para cambiar su vida y obedecer la ley;
- si está trabajando, asistiendo a la escuela, o recibiendo entrenamiento; y
- si ha completado de una manera satisfactoria algún programa de orientación o rehabilitación.

La persona también nos da cartas de referencia de otras personas que no tienen parentesco con él/ella y que tienen conocimiento del historial de él/ella y cómo es su vida ahora.

Nosotros revisamos todas estas cosas muy cuidadosamente al tomar una decisión sobre las exenciones. Por ley, no se puede compartir esta información con el público.

Cómo obtener más información

Como padre o representante autorizado de un niño bajo cuidado con licencia, usted tiene el derecho de preguntarle al hogar con licencia que proporciona cuidado de niños o a la guardería infantil con licencia si alguien que esté trabajando o viviendo allí tiene una exención. Si usted pide esta información y hay una persona con una exención, dicho hogar o guardería infantil tiene que decirle el nombre de la persona y la manera en que tal persona está involucrada en el hogar o guardería infantil. Además, tiene que darle el nombre, dirección, y número de teléfono de la oficina local de licenciamiento. Usted también puede obtener el nombre de la persona comunicándose con la oficina local de licenciamiento. Puede encontrar la dirección y el número de teléfono en nuestro sitio web. La dirección del sitio web es <http://cclid.ca.gov/contact.htm>

REPORTE DEL MÉDICO — GUARDERÍAS INFANTILES

(EVALUACIÓN MÉDICA QUE SE REQUIERE ANTES DE QUE SE LE ADMITA A UN NIÑO A UNA GUARDERÍA INFANTIL)

PARTE A – CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE (PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE)

A _____, nacido en _____, se le está evaluando con respecto a su preparación para entrar
(NOMBRE DEL NIÑO(A)) (FECHA DE NACIMIENTO)
en la _____. Esta guardería infantil/escuela proporciona un programa de las _____ a.m./p.m.
(NOMBRE DE LA GUARDERÍA INFANTIL/ESCUELA)
a las _____ a.m./p.m., _____ días a la semana.

Por favor proporcione un reporte sobre el niño mencionado arriba usando el formulario que se encuentra a continuación. Por medio de este documento, autorizo que se comparta la información médica contenida en este reporte con la guardería infantil mencionada arriba.

(FIRMA DEL PADRE/MADRE, TUTOR LEGAL, O REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL NIÑO)

(FECHA DE HOY)

PART B – PHYSICIAN'S REPORT (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN) (PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO)

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 _____

FACTORES DE RIESGO PARA TUBERCULOSIS (TB) EN LOS NIÑOS:

- * Tener un miembro de la familia o contactos con antecedentes de TB confirmada o sospechada.
- * Ser parte de una familia con miembros nacidos fuera de los Estados Unidos en un lugar donde hay alta ocurrencia de TB (Asia, Africa, América Central, y Sudamérica).
- * Vivir en lugares asignados fuera del hogar.
- * Tener o sospechar de tener una infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- * Vivir con un adulto que tiene resultados positivos en el análisis de sangre del VIH.
- * Vivir con un adulto que ha estado encarcelado en los últimos cinco años.
- * Vivir o tener contacto frecuente con personas sin hogar, trabajadores campesinos migratorios, personas que usan drogas ilegales, o residentes de establecimientos de cuidado médico continuo no intenso.
- * Tener anomalías en sus RX (rayos x) del tórax, las cuales sugieren la presencia de TB.
- * Tener evidencia clínica de TB.

Si quiere información respecto a la prevención y el tratamiento de la TB, comuníquese con el programa para el control de la TB del departamento de salud local.