



## Paquete de Inscripción 3-5

220 N. Grant Avenue, Fort Collins, CO 80521  
Teléfono: (970) 490-3204 Fax: (970) 490-3134  
Correo electrónico: psdece@psdschools.org bit.ly/PSDpreschool

### Información de Contacto de Emergencia

<b>Nombre del niño:</b> _____ <b>Apellido:</b> _____	<b>Fecha de nacimiento del niño:</b> _____
--	--

Nombre de contacto de emergencia (que no sea el padre/madre):  
Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Llamada de emergencia       Permiso para recoger al niño       Esta persona tiene 16 años o más y una identificación válida

Nombre de contacto de emergencia (que no sea el padre/madre):  
Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Llamada de emergencia       Permiso para recoger al niño       Esta persona tiene 16 años o más y una identificación válida

Nombre de contacto de emergencia (que no sea el padre/madre):  
Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Llamada de emergencia       Permiso para recoger al niño       Esta persona tiene 16 años o más y una identificación válida

Nombre de contacto de emergencia (que no sea el padre/madre):  
Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Llamada de emergencia       Permiso para recoger al niño       Esta persona tiene 16 años o más y una identificación válida

Nombre de contacto de emergencia (que no sea el padre/madre):  
Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Llamada de emergencia       Permiso para recoger al niño       Esta persona tiene 16 años o más y una identificación válida

Nombre de contacto de emergencia (que no sea el padre/madre):  
Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Llamada de emergencia       Permiso para recoger al niño       Esta persona tiene 16 años o más y una identificación válida

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

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

Escuela: \_\_\_\_\_

	Contrato de permisos para el año escolar <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">25-26</span>	Cheque
<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, voy 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</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) y 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 otros padres 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 la foto, video y/o nombre de mi estudiante en medios impresos y/o electrónicos.	<input type="checkbox"/> Acordar <input type="checkbox"/> Desacuerdo
<b>Evaluación Dental</b>	Doy permiso para que mi hijo(a) reciba una aplicación de barniz de flúor durante el proceso de evaluación dental	<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).	<b>Pon tus iniciales en todas las cajas continuación</b>
<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.	
<b>Visitas en casa y conferencias</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 hacer 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.	
<b>Garantía de calidad</b>	Entiendo que puede haber un supervisor que viene a mi casa durante una visita programada con uno miembros del personal mencionados anteriormente con el propósito de asegurar la calidad.	
<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.	
<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.	
<b>Custodia y Orden Judicial</b>	Entiendo que debo proporcionar Custodia y Órdenes judiciales que pertenecen a mi hijo(a) al Programa de Educación Temprana para que la escuela esté consiente y siga las instrucciones especiales.	
<b>Salud Mental</b>	Entiendo que se puede brindar apoyo y/o consulta en salud mental.	
<b>Registros de salud</b>	Entiendo que para que mi hijo(a) asista al prescolar en el distrito escolar de Poudre debo proporcionar un examen físico actualizado y vacunas (o un certificado de exención medica o no médica). Si está abajo de los fondos de Head Start, también, necesitaremos un examen dental actual y un examen de plomo en sangre.	
<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.	
<b>Políticas y Procedimientos</b>	Reconozco que se puede acceder a las políticas y procedimientos del Distrito Escolar de Poudre Programa de Educación Temprana al sitio de web: <a href="https://www.psdschools.org/programs-services/early-childhood-education">https://www.psdschools.org/programs-services/early-childhood-education</a> . Acepto seguir, aceptar las condiciones y dar autorización y aprobación para las actividades descritas en las políticas y procedimientos del Distrito Escolar de Poudre Programa de Educación Temprana. Hay copias impresas disponibles a pedido.	

Firma del padre/tutor  
Solo firma manuscrita o digital

Nombre impreso

Fecha

6/25

# Formulario de Idioma en el Hogar

## Programa de Educación Temprana del Distrito Escolar de Poudre

Centro de Aprendizaje Fullana  
220 N. Grant Avenue, Fort Collins, CO 80521  
Teléfono: (970) 490-3204 Fax: (970) 490-3134

Correo electrónico: [psdece@psdschools.org](mailto:psdece@psdschools.org) [bit.ly/PSDpreschool](http://bit.ly/PSDpreschool)



Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha en que el estudiante ingresó a Colorado: \_\_\_\_\_ Fecha en que el estudiante ingresó a los EE. UU. (si corresponde): \_\_\_\_\_

### Encuesta del idioma en el hogar

Cuál fue el primer idioma que aprendió su hijo(a)? \_\_\_\_\_

Qué idioma habla usted con mayor frecuencia con su hijo(a)? \_\_\_\_\_

Qué idioma habla su hijo(a) con mayor frecuencia con usted? \_\_\_\_\_

Cuál es la idioma que se habla con mayor frecuencia en el hogar de su hijo(a), independientemente del idioma que hable el niño(a)? \_\_\_\_\_

Qué idioma(s), aparte del inglés, entiende su hijo(a)? \_\_\_\_\_

Enumere cualquier otro idioma que se hable en el hogar y que no se haya mencionado anteriormente:

### Historial educativo

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

Grado y fecha(s):	Nombre de la escuela:	Ubicación de la escuela:	Idioma de instrucción:

## Condiciones de Salud

Estudiante Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Proveedor de Servicios de Salud/Clínica \_\_\_\_\_ Fecha de último examen: \_\_\_\_\_

Médica: Dentista/ Clínica Dental: \_\_\_\_\_ Fecha de último examen: \_\_\_\_\_

Su hijo/a actualmente recibe WIC? SI No

### Seguro Médico:

Medicaid/HealthFirst  Colorado Health PlanPlus (CHP+)  Ninguno  Otro \_\_\_\_\_

### Hospital de Preferencia:

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

### Condiciones de Salud:

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

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

\_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Si tiene preocupaciones sobre el desarrollo, por favor complete estas 3 páginas.**

Nombre del niño/a:

Fecha de nacimiento del niño/a:

<b>Embarazo y nacimiento</b>					
Peso al nacer: libras      onzas		Nacimiento del niño/a      :40+ semanas      Prematuro a      las semanas debido a:			
Por favor, comparta cualquier dificultad durante el embarazo, o parto:					
Su bebé tuvo experiencias alguna dificultad después del parto (por ejemplo, convulsiones, problemas para respirar)					
Se utilizaron medicamentos durante el embarazo      Sí      No - Liste los medicamentos y el motivo					
Describa cómo era su niño/a cuando era bebé:					
<b>Historial de Salud y Desarrollo</b>					
<b>Uso del baño</b>					
<input type="checkbox"/> Inicio del entrenamiento:			<input type="checkbox"/> Usa pañales durante el día:		
<input type="checkbox"/> Necesita ayuda para usar el baño:			<input type="checkbox"/> Entrenado/a para usar el baño:		
Preocupaciones sobre ensuciarse o mojarse:					
<b>Hábitos de sueño</b>					
Cree que su niño/a duerme lo suficiente      Sí      No					
Su niño/a se calma fácilmente      Sí      No Preocupaciones:					
<b>Consideraciones familiares</b>					
Ha habido algún cambio en la vida del niño/a, como un nuevo hermano/a, divorcio, matrimonio o fallecimiento en la familia? Por favor, describa la reacción del niño/a, si hubo alguna:					
<b>Desarrollo Actual del Niño/a</b>					
Su niño/a tiene alguno de los siguientes?    IEP    IFSP    Terapia privada:					
Si es así, por favor proporciónenos una copia o solicite firmar un formulario de Autorización para la Divulgación de Información para que podamos acceder a una copia.					
<b>Tiene preocupaciones sobre su niño/a en alguna de las siguientes áreas?</b>					
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	HABILIDADES MOTORAS (caminar, dibujar)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	HABILIDADES ADAPTATIVAS (alimentarse y vestirse solo/a)
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	SOCIAL – EMOCIONAL (comportamiento, habilidades sociales)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	APRENDIZAJE TEMPRANO (participar en el juego, conceptos iniciales)
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	COMUNICACIÓN (inteligibilidad del habla, comprensión del lenguaje)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	DEFICIENCIA VISUAL
			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	DEFICIENCIA AUDITIVA

**-- Inventario del Desarrollo --**

*Pensando en las habilidades que su niño/a demuestra de manera constante, él o ella:*

**Habilidades Motoras**

<b>Su niño/a:</b>	<b>Sí</b>	<b>Aún no</b>	<b>N/A</b>
Usa crayones y/o marcadores para garabatear, dibujar o "escribir"?			
Usa tijeras para recortar el borde de un papel?			
Usa una mano para la mayoría de las actividades?			
Corre, camina y salta?			
Lanza y patea una pelota; intenta atraparla con ambas manos?			

**Social-Emocional**

<b>Su niño/a:</b>	<b>Sí</b>	<b>Aún no</b>	<b>N/A</b>
Muestra conciencia de sus propios sentimientos y los de otros?			
Quiere independencia, pero todavía necesita la seguridad de los padres?			
Disfruta jugar con otros niños/as de edad similar?			
Expresa verbalmente lo que quiere o necesita?			
Muestra empatía hacia adultos conocidos y amigos?			

**Comunicacion**

<b>Su niño/a:</b>	<b>Sí</b>	<b>Aún no</b>	<b>N/A</b>
Escucha y recuerda los detalles de historias sencillas			
Entiende la dirección simple de 1-2 pasos			
Junta 3-5 palabras para hablar una oración corta			
Hace muchas preguntas			
Habla con claridad para que la mayoría de la familia y amigos lo/la entiendan			

**Habilidades Adaptativas**

<b>Su niño/a:</b>	<b>Sí</b>	<b>Aún no</b>	<b>N/A</b>
Se alimenta solo/a usando un tenedor y/o cuchara?			
Se lava y seca las manos por sí mismo/a?			
Ayuda a vestirse y desvestirse?			
Bebe de una taza?			
Abre puertas y armarios?			

**Aprendizaje Temprano**

<b>Su niño/a:</b>	<b>Sí</b>	<b>Aún no</b>	<b>N/A</b>
Disfruta mirar libros con un adulto o solo/a?			
Juega con juguetes de la manera esperada (maneja y choca autos, cuida una muñeca)?			
Nombra y empareja colores?			
Canta canciones familiares?			
Pide ayuda con actividades difíciles?			

**Sus preocupaciones específicas:**

Cuándo notó por primera vez preocupaciones en esta área

Ha buscado servicios privados a través del médico de su niño/a

## Cuéntenos Sobre el Comportamiento de su Niño/a en Casa o en la guardería

Describe la personalidad de su niño/a:

Comparta las actividades favoritas de su niño/a:

Su niño/a tiene la oportunidad de jugar con otros niños/as  Sí  No Explique (en el parque, con sus primos, etc.):

Mi niño/a se concentra en una actividad de juego interesante (no relacionada con pantallas) por:  < 5 minutos  5-10 minutos  10-30 minutos  30+ minutos

Cuánto tiempo al día pasa su niño/a viendo/usando pantallas \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos

Esto le preocupa?  Sí  No

### Comportamiento

N/A	Sí	No	
			Tiene preocupaciones sobre el comportamiento en casa
			El proveedor de cuidado infantil tiene preocupaciones sobre el comportamiento de su niño/a
			Alguien más (familiar o amigo) ha expresado preocupaciones sobre el comportamiento de su niño/a
			Alguna vez le han pedido a su niño/a que abandone una guardería debido a su comportamiento

Hay algo más que le gustaría que supiéramos sobre su hijo/a

### Su Niño/a Ha Asistido a Cuidado Infantil o Preescolar Anteriormente?

Nombre del Cuidado Infantil o Preescolar: \_\_\_\_\_ Mes/Año de Asistencia: \_\_\_\_\_

Dirección:

Ciudad/Estado/Código Postal:

Número de Teléfono:

Días/Horas:

Estoy de acuerdo en permitir que PSD se comunice para obtener más información.