POUDRE SCHOOL DISTRICT
Early Childhood
EDUCATION PROGRAM

Paquete de inscripción 3-5

220 North Grant Avenue, Fort Collins, CO 80521
Phone: (970) 490-3204 Fax: (970) 490-3134 Email: psdece@psdschools.org bit.ly/PSDpreschool

Información de contacto de emergencia

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento del niño: _____

Contacto de Emergencia (que no sea Guardián Primario y Secundario): _____ Relación con el niño: _____

Teléfono (Casa):_____ Teléfono (Celular): _____

Marque todo lo que corresponda: ☐ Contacto de emergencia ☐ Permiso de recojer al nino

¿Esta persona tiene al menos 16 años de edad con un documento de identidad válido? ☐ Sí ☐ No

Contacto de Emergencia (que no sea Guardián Primario y Secundario): _____ Relación con el niño: _____

Teléfono (Casa):_____ Teléfono (Celular): _____

Marque todo lo que corresponda: ☐ Contacto de emergencia ☐ Permiso de recojer al nino

¿Esta persona tiene al menos 16 años de edad con un documento de identidad válido? ☐ Sí ☐ No

Contacto de Emergencia (que no sea Guardián Primario y Secundario): _____ Relación con el niño: _____

Teléfono (Casa):_____ Teléfono (Celular): _____

Marque todo lo que corresponda: ☐ Contacto de emergencia ☐ Permiso de recojer al nino

¿Esta persona tiene al menos 16 años de edad con un documento de identidad válido? ☐ Sí ☐ No

Contacto de Emergencia (que no sea Guardián Primario y Secundario): _____ Relación con el niño: _____

Teléfono (Casa):_____ Teléfono (Celular): _____

Marque todo lo que corresponda: ☐ Contacto de emergencia ☐ Permiso de recojer al nino

¿Esta persona tiene al menos 16 años de edad con un documento de identidad válido? ☐ Sí ☐ No

Contacto de Emergencia (que no sea Guardián Primario y Secundario): _____ Relación con el niño: _____

Teléfono (Casa):_____ Teléfono (Celular): _____

Marque todo lo que corresponda: ☐ Contacto de emergencia ☐ Permiso de recojer al nino

¿Esta persona tiene al menos 16 años de edad con un documento de identidad válido? ☐ Sí ☐ No

Contacto de Emergencia (que no sea Guardián Primario y Secundario): _____ Relación con el niño: _____

Teléfono (Casa):_____ Teléfono (Celular): _____

Marque todo lo que corresponda: ☐ Contacto de emergencia ☐ Permiso de recojer al nino

¿Esta persona tiene al menos 16 años de edad con un documento de identidad válido? ☐ Sí ☐ No

Department of Language, Culture & Equity
POUDRE SCHOOL DISTRICT

FORMULARIO DEL LENGUAJE EN EL HOGAR Y LUGAR DE RESIDENCIA (VIVIENDA)

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: _

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 **hablar** con usted?	
¿Su niño(a) puede **leer** y **escribir** 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 es 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: (Elija todas las que correspondan o ninguna de las anteriores.)

____ 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 otrospeligros)
____ 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: (Elija todas las que correspondan o ninguna de las anteriores.)

____ 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. Soy un(a) estudiante que vive aparte de mis padres o tutoreslegales. 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 estabanmatriculados.
3. Matricularse en una escuela sin comprobante de domicilio, vacunas, expedientes escolares u otrosdocumentos.
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 sueducación.)
6. Recibir todos los servicios escolares que necesiten (incluyendo desayuno/almuerzo gratuito, exención de pagos y costos).
7. No estar expuestos a ningún acoso niaislamiento.
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 menorcuyo padre de familia o tutor legal no tenga su custodia física — Fecha

Condiciones de Salud

Estudiante Nombre:_____Fecha de Nacimiento:_____/_____/_____

Proveedor de Servicios de Salud/Clínica Médica:_____Fecha deúltimo examen: _____

Dentista/ Clínica Dental:_____Fecha de últimoexamen: _____

¿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 ofthe 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 cualquiercondición(es) de saludarriba:_____

_____

_____

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

Escriba el nombre de lamedicina(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 díasencasa: _____

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 actúales, examen físico, examen dental y los resultados de plomo.

_____

Firma del Padre/Tutor **Fecha**

Por favor complete estas últimas tres páginas sólo si usted tiene preocupaciones.

Nombre del niño:_____ **Fecha de nacimiento del niño:**_____

Embarazo y nacimiento		
Peso al nacer: _____lbs._____oz.	Niño nacido en:	❑ 40+ semanas ❑ Prematuro a_____cuantas semanas antes _____

1. Por favor, comparta cualquier dificultad durante el embarazo, el parto o el parto:
2. ¿Su bebé experimentó alguna dificultad después del parto (es decir: convulsiones, dificultad para respirar):
3. Cualquier medicamento utilizado durante el embarazo: ❑ Sí ❑ No - Lista de medicamentos y razón:
4. Describa cómo fue su hijo cuando era bebé:

Salud e Historia del Desarrollo

Aseo	
❑ Empieza a aprender	❑ Usa pañal durante el día
❑ Necesita ayuda ir al baño	❑ Sabe usar el baño
Preocupaciones porque todavía se ensucia o se moja:	
Hábitos de dormir	
¿Siente que su hijo duerme lo suficiente? Sí ☐ No ☐	
¿Su hijo se calma fácilmente? Sí ☐ No ☐ Preocupaciones:	

Consideraciones familiares

¿Ha habido algún cambio en la vida del niño, como un nuevo hermano, divorcio, matrimonio o muerte en la familia? Describa la reacción delniño. _____

_____

_____

Desarrollo actual del niño

Su hijo tiene actualmente o activo una: ❑ IFSP ❑ IEP ❑ Terapia Privada del:_____si tiene, por favor proporcionar una copia o firme una forma de liberar información para que podamos acceder unacopia.

¿Le preocupa su hijo en alguna de las siguientes áreas?

❑ Sí	❑ No	HABILIDADES MOTORAS (caminar, dibujar)	❑ Sí	❑ No	HABILIDADES ADAPTATIVAS (alimentarse y vestirse a sí mismo)
❑ Sí	❑ No	SOCIAL – EMOCIONAL (comportamiento, habilidades sociales)	❑ Sí	❑ No	APRENDIZAJE TEMPRANO (participar en el juego, conceptos tempranos)
❑ Sí	❑ No	COMUNICACIONES (inteligibilidad del habla, comprensión del lenguaje)			

-- Inventario del desarrollo –

Pensando en las habilidades que su hijo demuestra consistentemente, ¿él o ella:

Habilidades motoras

¿Su hijo:	Sí	Todavía no	N/A
Utilice crayones y/o marcadores para dibujar o "escribir"			
Use tijeras para cortar un pedazo de papel			
Use una mano para la mayoría de las actividades			
Corre, camina y salta			
Lanzar y patear una pelota; tratar de coger una pelota con ambas manos			

Social-Emocional

¿Su hijo:	Sí	Todavía no	N/A
Mostrar una conciencia de sentimiento, su propia y la de los demás			
Quiere independencia, pero ambos necesitan la seguridad de los padres			
Le gusta jugar con otros niños de edad similar			
Expresar verbalmente lo que quiere o necesita			
Muestre empatía hacia adultos y amigos familiares			

Comunicación

¿Su hijo:	Sí	Todavía no	N/A
Escuchar y recuerda detalles de historias simples			
Comprender las instrucciones simples de 1-2 pasos			
Ponga 3-5 palabras juntas para hablar en frases cortas ("quiere más leche")			
Hace muchas preguntas			
Hable con claridad para que la mayoría de los miembros de la familia y amigos lo entiendan			

Habilidades adaptativas

¿Su hijo:	Sí	Todavía no	N/A
Alimentarse a sí mismo usando un tenedor y/o cuchara			
Lávese y seque sus propias manos			
Ayuda para vestirse y desvestirse			
Beber de una taza			
Puertas abiertas y armarios			

Aprendizaje temprano

¿Su hijo:	Sí	Todavía no	N/A
Disfruta mirando libros con un adulto o de forma independiente			
Juega con los juguetes de la manera esperada (conducir y chocar coches, cuidar de una muñeca)			
Nombre y coincidencia los colores			
Canta junto con 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 hijo?

Proveedor anterior o actual de cuidado en el hogar o en el preescolar

Nombre de guardería o Preescolar:	Asistencia mes/año:
Dirección:	
Ciudad/Estado/ZIP:	Número de teléfono: ( )
Días/Horas:	❑ Doy permiso a PSD de contactar para másinformación
Su hijo:	
Describa la personalidad de su hijo:	
¿Comparte las actividades favoritas de su hijo?	

¿Tiene su hijo la oportunidad de jugar con otros niños?	❑ Si	❑ No	Explicar (el parque, con sus primos, etc.):	
Mi hijo asiste a una actividad de juego atractiva (no relacionada con la pantalla) para:	❑ < 5 min	❑ 5-10 min	❑ 10-30 min	❑ 30+ min

¿Cuánto tiempo al día pasa su hijoviendo/usando pantallas?_____horas_____minutos ¿Le preocupa esto? ❑ Sí ❑ No

Comportamiento

N/A	Sí	No	
			¿Tienes problemas de comportamiento en casa?
			¿Su proveedor de cuidado infantil tiene problemas de conducta en el cuidado de niños?
			¿Alguien más (familia o amigo) ha expresado preocupación por el comportamiento de su hijo?
			¿Alguna vez se le ha pedido a su hijo que abandone su despacio de cuidado infantil debido a su comportamiento?

¿Algo más que quiera que sepamos de su hijo?

¿Qué espera que aprenda su hijo del Programa de Educación Temprana del PSD?