



THE FOLLOWING DOCUMENTS ARE REQUIRED FOR PRESCHOOL ENROLLMENT:

1. **Proof of Income** - Bring in one complete month of current check stubs for all that are working, or a letter from Public Assistance showing your monthly allowance.
** Check stubs may be submitted after April 1st and must include March pay period or later.
2. **Proof of residency**, such as City of Galt, SMUD bill, or PG & E bill.
** If you are living with another family, bring a copy of their utility bill and a letter stating that you and your child are living at that address.
3. **Birth Certificate for your preschool student and ALL siblings in the home.** Or Baptismal Certificate or Birth Affidavit. Affidavit forms are available at the preschool office.
4. **Immunizations Record** - must include: Polio - need 3; DTP - need 4; HIB & MMR - need 1 (must be given on or after their first birthday) Hepatitis B - need 3; Varicella - need 1
5. **TB Screening of Risk Factors** - If risk factors are present, a TB skin test is required. (Included on Physician's Report form)
6. **Physical Exam** is required for preschool. Please remember the physical must be within the last year.

Updated: 3-19-19



LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS SON REQUERIDOS PARA LA PREESCOLAR INSCRIPCION:

1. **Comprobante de ingresos** - un mes completo de talones de cheque reciente o una carta de asistencia publica (si esta aplicando) **Puede traer los talons de cheques después del 1 de abril y deben incluir el periodo de pago de marzo o después.
2. **Verificación de domicilio**, recibo de el agua ,recibo de la luz "SMUD" ó recibo del gas "PG & E".
**Si usted está viviendo con otra familia, traiga un copia de la factura de servicio público de esa familia y una carta indicando que usted y su hijo/a está viviendo en ese domicilio.
3. **Acta de nacimiento** para los estudiantes de preescolar y todos los hermanos/hermanas en el hogar. (ó copia fotostática), Certificado de Bautismo ó Declaración Jurada. Las formas de declaración jurada están disponibles en la oficina preescolar.
4. **Registro escrito de vacunas** - debe incluir: vacuna de polio- necesita 3; vacuna de DTP - necesita 4; vacuna de MMR & HIB - necesita 1 (debe ser administrada en o después de cumplir un año) vacuna de Hepatitis B - necesita 3; vacuna de Varicella - necesita 1
5. **Evaluación de factores de riesgo de TB:** si hay factores de riesgo, se requiere una prueba cutánea de TB. (Incluido en el formulario de Informe del médico)
6. **Examen Físico** es requerido preescolar. Por favor recuerde que el examen físico debe ser obtenido dentro del período de 12 meses antes de que su niño comience el preescolar.

Updated: 3-19-19

FAIRSITE STATE PRESCHOOL

902 Caroline Street
Galt, CA 95632
209-745-2506
galt.k12.ca.us

SELECCIONES DEL PROGRAMA

Nombre del Niño/Niña: _____.

La escuela preescolar de Fairsite ofrece dos programas, de medio día y día completo.

El programa de medio día tendrá dos opciones por la mañana y por la tarde.

El programa de día completo se ofrece para familias donde ambos padres trabajan y se ajustan a las pautas estatales de ingresos preescolares. Puede haber una tarifa mensual por día completo que se basa en su ingreso y tamaño de la familia, utilizando el "Programa de límites máximos de ingresos para cuidado y desarrollo infantil". Su tarifa familiar se determinará en el momento de la aceptación en el programa.

Por favor, indique su primera y segunda opción en las líneas de abajo, ya que se aplican a su familia.

_____ Programa de Medio día - AM–Preescolar Estatal– 8:00 a.m. – 11:30 a.m.

_____ Programa de Medio día - PM– Preescolar Estatal – 11:30 a.m. – 3:00 p.m.
(los miercoles es horario modificado)

_____ Programa de día completo – Preescolar Estatal **solamente**–8:00 a.m. – 3:00 p.m.
(Horario de miercoles es 8:00 a.m -2:00 p.m.)

Para calificar para el programa de día completo, cada familia debe cumplir con los requisitos estatales de ingresos preescolares y ambos padres deben estar empleados, ir a la escuela durante nuestro horario laboral o activamente en la búsqueda de empleo y deben estar empleados dentro de los 60 días de la inscripción.

Firma del Padre: _____

Fecha: _____

Distrito de Escuelas Primarias y de Unión de Galt

1018 C Street, Suite 210, Galt, CA 95632 Teléfono (209) 744-4545 Fax (209) 744-4553 www.galt.k12.ca.us

Formulario de Matriculación Preescolar

Nombre Legal del Estudiante: Apellido _____ Sufijo _____

Primero _____ Segundo _____

Nombre Legal Anterior _____

Fecha de nacimiento ____/____/____ Edad _____ Género: Masculino Femenino Grado _____

Dirección física _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Donde recibe correo (si es diferente) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Padre / Guardián #1 – Apellido _____ **Primer Nombre** _____

Relación al estudiante _____ Guardián legal: Sí No

Vive con el estudiante: Sí No Idioma hablado _____

Teléfono Principal (seleccione uno): Casa Celular Trabajo Teléfono de casa (____) _____

Teléfono Celular (____) _____ Teléfono del trabajo (____) _____ ext. _____

Teléfono de texto (____) _____ Correo Electrónico _____

Empleador _____ Ciudad _____

Padre / Guardián #2 – Apellido _____ **Primer Nombre** _____

Relación al estudiante _____ Guardián legal: Sí No

Vive con el estudiante: Sí No Idioma hablado _____

Teléfono Principal (seleccione uno): Casa Celular Trabajo Teléfono de casa (____) _____

Teléfono Celular (____) _____ Teléfono del trabajo (____) _____ ext. _____

Teléfono de texto (____) _____ Correo Electrónico _____

Empleador _____ Ciudad _____

Otros Niños/as (hermanos e hermanas)	Relación al Estudiante	Años	Grado/Nombre de Escuela
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Orden Judicial:

¿Existe una orden judicial sobre la custodia de este estudiante? Sí No

¿Existe una orden de restricción con respecto a un padre biológico o a otra persona? Sí No

Si contesto sí a cualquier pregunta anterior, debe proveer a la escuela una copia de la orden judicial más reciente dentro de los 10 días de registro de su alumno. Por favor inicial. _____

Si no se proporciona una orden judicial, la información será divulgada a este padre cuando lo solicite. Ordenes judiciales deben volver a presentarse a la escuela al comienzo de cada año escolar.

Distrito de Escuelas Primarias y de Unión de Galt

1018 C Street, Suite 210, Galt, CA 95632 Teléfono (209) 744-4545 Fax (209) 744-4553 www.galt.k12.ca.us

Formulario de Matriculación Preescolar

Residencia: ¿Dónde vive actualmente su estudiante/familia? Seleccione uno.

- Familia Sola, Residencia Permanente (casa, apartamento, condominio, casa móvil)
- Refugios Temporales (alojamiento de transición)
- Hoteles/Moteles
- Vivienda Compartida Temporal (sin hogar comparte la vivienda con otras personas debido a la pérdida de vivienda o dificultad económica)
- Refugio sin Protección Temporal (coche/campamento)
- Hogar de Crianza o Colocación en Hogares de Adopción por Parentesco
- Otro _____

Encuesta de idioma en casa:

1. ¿Qué idioma aprendió su estudiante cuando empezó a hablar? _____
2. ¿Qué idioma habla su estudiante con más frecuencia en casa? _____
3. ¿En qué idioma utilizan (los padres o tutores) con más frecuencia al hablar con su estudiante? _____
4. ¿Qué idioma se habla más a menudo por los adultos en el hogar? (Padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto) _____

¿Qué idioma prefiere recibir correspondencia verbal y escrita? Inglés Español

Etnicidad y Raza: Por favor, conteste las dos preguntas.

1. ¿Cuál es la etnicidad de su estudiante?
 - Hispano o Latino:** Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, de otra cultura o origen español, independientemente de su raza.
 - No Hispano o Latino
2. ¿Cuál es la raza de su estudiante? Independientemente del origen étnico del estudiante, seleccione una o más categorías de raza.
 - Indio Americano o Nativo de Alaska:** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y del Sur (incluyendo Centroamérica), y que mantiene una afiliación tribal o un vínculo con la comunidad.
 - Asia:** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, el Sudeste Asiático o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Filipinas, Tailandia y Vietnam.
 - Chino Coreano Indio Asiático Camboyano Otro Asiático
 - Japonés Vietnamita Laosiano Hmong Filipino
 - Negro o afroamericano:** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.
 - Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico:** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.
 - Hawaiano Guamiano Samoano Tahitiano Otro Islandés del Pacífico
 - Blanco:** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, Oriente Medio o África del Norte.

Nivel de Educación de Padres: Seleccione el nivel más alto completado por cualquiera de los padres/tutores.

- No graduado de Algo de Universidad o licenciatura Graduado de licenciatura o
- Graduado de Secundaria Graduado de la Universidad Renunciar de Divulgar

Empleos Migratorios: ¿Se encuentra alguno de los padres/tutores trabajando o ha trabajado en empleos migratorios (se ha mudado y ha trabajado por temporadas en trabajos de agricultura, madera, lechería o pesquerías) en los últimos tres años? Sí No

¿Está su estudiante actualmente recibiendo servicios? Sí No

Distrito de Escuelas Primarias y de Unión de Galt

1018 C Street, Suite 210, Galt, CA 95632 Teléfono (209) 744-4545 Fax (209) 744-4553 www.galt.k12.ca.us

Formulario de Matriculación Preescolar

Educación Especial: ¿Tiene su estudiante un Programa de Educación Individualizado (IEP)? Sí No

Si tiene uno, adjunte el IEP actual. Por favor ponga sus iniciales. Marque todas las que apliquen.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Problemas de Audición | <input type="checkbox"/> Discapacidad Especifica de Aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Sordera-Ceguera | <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual | <input type="checkbox"/> Discapacidad del Habla o del Lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Sordera | <input type="checkbox"/> Múltiples | <input type="checkbox"/> Lesión Cerebral Traumática |
| <input type="checkbox"/> Disturbio Emocional | <input type="checkbox"/> Discapacidad Ortopédica | <input type="checkbox"/> Discapacidad Visual |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad Médica Establecida | <input type="checkbox"/> Otros Problemas de | |

Información Médica: Marque todas las que apliquen.

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Trastorno del Sistema Circulatorio | <input type="checkbox"/> Condición Ortopédica |
| <input type="checkbox"/> Alergia/ Alimentos | <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo1 y Tipo 2 | <input type="checkbox"/> Desorden Respiratorio/Condición |
| <input type="checkbox"/> Alergia/Otras | <input type="checkbox"/> Desorden de Alimento | <input type="checkbox"/> Desorden Convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Anafilaxia | <input type="checkbox"/> Desorden del Sistema Endocrino | <input type="checkbox"/> Condición de la Piel |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Desorden Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Spina Bífida |
| <input type="checkbox"/> Vejiga/Riñón/Desorden de Hígado | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza | <input type="checkbox"/> Desorden de la Visión |
| <input type="checkbox"/> Desorden de Sangre | <input type="checkbox"/> Desorden Auditivos | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Cáncer/Tumor | <input type="checkbox"/> Salud Mental | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Cardíaca/Condición Cardíaca | <input type="checkbox"/> Desorden Neurológico | <input type="checkbox"/> _____ |

Medicamentos: Si su estudiante esta recibiendo medicamento diariamente, por favor indique abajo. No se puede administrar medicamento en la escuela sin documentación formal firmada por su médico. Las formas médicas están disponibles en la oficina de la escuela.

Medicamento	Cantidad	Veces que se Administra
1.		
2.		

Autorización Médica: Como padre/madre con custodia, legal del menor _____, autorizó al director o a su designado, en el cual le doy total encargo y consentimiento para que le hagan rayos-x, exámenes médicos, administren medicamentos, o hagan un diagnosis médico, tratamiento, y/o cuidado de hospital al menor indicado de acuerdo a los consejos de un médico/doctor y/o dentista. Comprendo que esta autorización se da por adelantado para cualquier diagnosis requerido, tratamiento, o cuidado de hospital cuando un médico o dentista lo justifica como necesario. Esta autorización se mantendrá en efectivo por todo el año escolar a solo que haga una cancelación por escrito y la entregue a los agentes nombrados anteriormente. Comprendo que el Distrito de Escuelas Primarias de Galt, sus empleados, y su mesa directiva no asumen responsabilidades de cualquier naturaleza relacionada al transporte o tratamiento del menor. Además, entiendo que todos los gastos de trasportación del paramédico, hospitalización, y cualquier examen, rayos-x, o tratamiento relacionado a esta autorización serán mi responsabilidad.

Doctor de Preferencia _____ Teléfono (_____) _____

Hospital Preferido _____ Ciudad _____

Seguro Médico _____

Grupo/Número de Registro Médico _____ Número de la Póliza _____

- En el evento de un accidente o emergencia, doy permiso al personal de la escuela o persona en mi lista de contactos de emergencia que obtengan cuidado médico de emergencia para mi hijo/a.
- No doy/otorgo consentimiento para el cuidado médico en caso de una emergencia de mi hijo y libro al distrito escolar y a la escuela de toda responsabilidad. Por favor ponga sus iniciales. _____

Autorización Médica: Firma de Padre/Guardián _____

Matriculación del Estudiante: Al firmar abajo, autorizo la publicación de todos los expedientes estudiantiles y certifico que la información dada en este formulario es verdadera y correcta.

Su Nombre en Letra de Molde _____ Fecha ____/____/____

Firma de Padre/Guardián _____

**FAIRSITE PRE-ESCOLAR – UNA ESCUELA ESTATAL
PRE-ESCOLAR
INDIVIDUOS PERMITIDOS A LEVANTAR/DEJAR A MI
HIJO/HIJA**

Estimados Padres,

En acuerdo con la ley del estado, tenemos que tener en expediente el nombres y número de teléfono de los individuos o personas, incluido de usted, permitidos a dejar a sus hijos y recoger de escuela preescolar.

(De 18 años o más):

Si alguien llega a levantar a su hijo/hija y su/s nombre no están en nuestro expediente no PODREMOS permitir que su hijo/hija se pueda ir con ellos.

Por favor de escribir abajo la lista de persona o personas y numero de teléfono quien pueda venir a dejar o levantar a su hijo/a, así podemos evitar cualquier vergüenza, inconveniencia, o que una tragedia.

Por favor avísenos de cualquier cambio de la información inmediatamente.

Gracias por su cooperación.

Mi niño/niña, _____, puede ser dejada en la escuela y levantada por las siguientes personas adultas **(De 18 años o más):**

NOMBRE	TELEFONO	RELACION CON EL ESTUDIANTE
1		Madre
2		Padre
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

Firma de Padre _____ Fecha _____

HISTORIA MEDICA DE PRE- ADMISIÓN

NOMBRE DEL NIÑO		SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
Tiene Medi-Cal?	() No	Otro seguro:	
	() Sí – Medi-Cal #		

1. HISTORIA MEDICA Y DE DESAROLLO

Peso al nacer del niño/a:	Habló a los : _____ meses	Caminó a los : _____ meses
Durante su embarazo el feto fue expuesto a drogas, alcohol, o al humo del cigarro? () Sí () No		
Durante el embarazo, y nacimiento, hubo algún problema o complicación? () Sí () No, parto normal		
* Sí, explicar por favor:		

2. ENFERMEDADES PASADAS- Compruebe la enfermedad que el niño/a ha tenido y las fechas aproximadas de las enfermedades

ENFERMEDAD	FECHA	ENFERMEDAD	FECHA	ENFERMEDAD	FECHA
Varicela		Diabetes		Paperas	
Asma		Epilepsia		Poliomielitis	
Fiebre Reumática		Tos Ferina		Sarán peón (tres días)	
Fiebre				Sarán peón (diez días)	

¿Su hijo/a ha tenido accidentes serios? () Sí () No		explicar por favor	
¿Su hijo/a ha sido hospitalizado? () Sí () No		explicar por favor	
¿Su hijo/a ha tenido alguna cirugía? () Sí () No		explicar por favor	
¿Su hijo/a a tenido un examen dental el último año? () Sí () No			
¿Su hijo/a ha tenido resfriados frecuentes? () Sí () No		¿Cuántos en el año pasado?	¿Hay algunas alergias de las cuales el personal de la escuela debería estar consiente? () Sí () No
explicar:			
¿Como describiría usted la salud dental de su hijo/a? () Mal, necesita atención () Normal () Excelente, no tiene problemas			
¿Su hijo/a se lava los dientes a frecuentemente y usa el hilo dental todos los días? () Sí () No			
Tiene su hijo/a algún problema crónico o condiciones tales como:	Diabetes	Convulsiones, desmayos, ataques epilépticos	Tubos en los oídos
	Alineamiento o problemas del corazón	Infecciones del los oídos frecuentes	Problemas con los riñones
¿Está su hijo/a tomando algún medicamento en casa por alguna de las condiciones arriba? () Sí () No			
¿Hay alguna enfermedad de familia o condición que podría poner a su hijo/a en peligro? () Sí () No			
¿Hay algo en la salud de su hijo/a que le preocupe? (Lenguaje, Visión, Oyendo, Comportamiento) () Sí () No		explicar por favor	
¿Tiene su hijo/a o (puede tener) condiciones serias, severas, o alguna reacción de riesgo de vida o situaciones por alguna condición medica prescrita, asma, alergias, comida, medicinas, insectos, ambiente)? () Sí () No			
¿Qué le ocasiona esta reacción?			
¿Qué es la reacción específica?			
¿Las reacciones que su hijo/a tiene son breves por lo natural?			
¿Como se maneja la situación?			
¿Su hijo/a tiene que tener medicamento en la escuela? () Sí () No * Sí, vea al personal de la oficina para la forma necesaria.			

3. HISTORIA NUTRICIONAL

Hay alguna comida que su hijo/a no debe comer por razones médicas o religión? () Sí () No		explicar por favor	
Está su hijo/a en alguna dieta especial? () Sí () No		explicar por favor	
PATRON DE DIETA:	DESAYUNO	¿A que hora come su niño/a?	DESAYUNO
¿Qué come por lo general el niño/a para estas comidas?	ALMUERZO		ALMUERZO
¿Come su hijo/a cosas que no son descritas como comidas? () Sí () No		explicar por favor	
¿Cómo describiría usted el apetito de su hijo/a?			
¿Disfruta su hijo/a de una variedad de comidas? () Sí () No			
¿Está su hijo/a entrenado para ir al baño? () Sí () No		Las evacuaciones intestinales de su hijo/a son regulares? () Sí () No	
¿Tiene su hijo/a diarrea o estreñimiento frecuentemente? () Sí () No			
¿Cuál es el plan cuando su hijo/a está enfermo/a?			
Firma del Padre o Guardián		Fecha De Hoy	

Escuela Estatal Pre-Escolar

902 Caroline Avenue

Galt, CA 95632

<http://galt.k12.ca.us>

745-2506

Notificación sobre la verificación de elegibilidad

Fecha: _____

Nombre de Padre: _____

Nombre de niño/niña: _____

La escuela Estatal Preescolar esta requerida por el Departamento de Educación De California (CDE) División de Desarrollo de Los Niños a determinar la elegibilidad para poder recibir los servicios basados en el tamaño de la familia, ingreso del trabajo, estatus en entrenamiento, incapacidad de padres, falta de hogar, y el estatus de protección a los niños. El uso o revelación de la información financiera relacionado con cada persona inscrita o sus familias será limitada y usada con propósitos para la administración del cuidado y desarrollo de los programas. El uso de la información incluye, pero no esta limitada a los empleadores, programas de entrenamiento, escuelas, medico, o profesionales legales, trabajadores sociales, y/o otras instituciones o personas, con el fin de verificar la elegibilidad de la familia.

Cualquier información falsa, incompleta, o deficiente, fraudulenta, o que sea mal proporcionada a la Escuela Estatal Pre-escolar sobre su estatus de ingreso, o el numero de miembros de la familia, empleo, si en búsqueda de empleo, escuela/ algún programa de entrenamiento, inscritos en alguna capacitación medica, que sea usada para determinar el comienzo o ser admitido, puede resultar en la terminación de el servicio de cuidados de el niño/niña. La Escuela Estatal Pre-escolar esta requerida a recobrar sus gastos de los padres, guardianes, y/o recipientes de cualquier servicio que se aya dado durante el periodo de Inelegibilidad.

Yo entiendo que la Escuela Estatal Pre-escolar tiene el derecho a verificar la informacion presentada para el proposito de determinar la elegibilidad a recibir el servicio de cuidado de niños.

Firma de Padre/Guardián

Fecha

Representante de la Agencia

Fecha

Instrumento de lenguaje familiar

Nombre de estudiante: _____ Maestra: _____

Padre o tutor completando este formulario: _____

1.) ¿Qué idioma(s) escucha su hijo o hija en casa?

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.

2.) ¿Qué idioma(s) escucha su hijo o hija en su vecindario y comunidad?

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.

3.) ¿Qué idioma(s) entiende su hijo o hija?

4.) ¿Qué idioma(s) habla su hijo o hija?



Programa De Inmersión De Doble Idioma

¿Está interesado en el Programa de Inmersión de Doble Idioma para el año escolar del 2023-2024?



El Distrito de Escuelas Primarias de Galt ofrecerá un Programa de Inmersión de Doble Idioma empezando con el preescolar y kínder transicional (TK) Y Kínder para el año escolar del 2023-2024 con una progresión hasta el 6to grado cada año siguiente. El Programa de Inmersión de Doble Idioma es un programa educativo único que construye el bilingüismo y la alfabetización bilingüe en inglés y español. Inmersión de Doble Idioma integra a estudiantes nativos de habla inglesa y estudiantes nativos de habla Español que están aprendiendo inglés en el mismo salón de clases.

Cosas para considerar:



- Espacio Limitado
- Preescolar y TK ofrecidos en al escuela Fairsite y Kinder-6to ofrecidos en la escuela Valley Oaks
- Un compromiso continuo

Por favor visite la sitio web del distrito en <https://gjesd-ca.schoolloop.com/> para mas información y/o para leer las Preguntas Frecuentes de DLI. Incluso puede contactarse con la Administradora del Preescolar, Kuljeet Nijjar a knijjar@galt.k12.ca.us o la subdirectora, Laura Márquez a lmarquez@galt.k12.ca.us



Favor de completar la siguiente información para mostrar su interés en que su hijo participe en el Programa de Inmersión de Doble Idioma para el año escolar del 2023-2024 y alguien de nuestro personal se comunicará con usted con mas información.

Nombre y apellido del estudiante: _____

Fecha de nacimiento del estudiante: ____/____/____ Género: _____

Nombre y apellido del padre: _____

Dirección de domicilio: _____

Número de teléfono del padre/tutor: (____) _____

Correo electrónico del padre/tutor: _____

REPORTE DEL MEDICO — GUARDERIAS INFANTILES

(EVALUACION MEDICA QUE SE REQUIERE ANTES DE QUE SE LE ADMITA A UN NIÑO A UNA GUARDERIA 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 GUARDERIA 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 MEDICO)

Problems of which you should be aware:

Hearing: _____ Allergies: medicine: _____
Vision: _____ insect stings: _____
Developmental: _____ food: _____
Language/Speech: _____ asthma: _____
other: _____

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

RISK FACTORS FOR TB IN CHILDREN:

- * Have a family member or contacts with a history of confirmed or suspected TB.
- * Are in foreign-born families and from high-prevalence countries (Asia, Africa, Central and South America).
- * Live in out-of-home placements.
- * Have, or are suspected to have, HIV infection.
- * Live with an adult with HIV seropositivity.
- * Live with an adult who has been incarcerated in the last five years.
- * Live among, or are frequently exposed to, individuals who are homeless, migrant farm workers, users of street drugs, or residents in nursing homes.
- * Have abnormalities on chest X-ray suggestive of TB.
- * Have clinical evidence of TB.

Consult with your local health department's TB control program on any aspects of TB prevention and treatment.

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 con 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 su RX (rayos x) de torax, 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.