

## Información para la inscripción

Use este formulario para recabar toda la información necesaria para inscribir a un menor en una guardería.

**Instrucciones:** La guardería entrega este formulario al padre o tutor del menor. El padre o tutor llena el formulario completamente y lo entrega al proveedor de cuidado infantil antes del primer día del ingreso del menor en la guardería. La guardería incluye el formulario en el expediente que se archiva en el centro de cuidado infantil.

Información general			
Nombre del centro: THE CARTWRIGHT SCHOOL		Nombre del director: MRS. AARICA MCINTYRE	
Nombre completo del menor:		Fecha de nacimiento del menor:	¿Con quién vive el menor? <input type="radio"/> Ambos padres <input type="radio"/> La madre <input type="radio"/> El padre <input type="radio"/> Un tutor
Dirección de la residencia del menor:		Fecha de ingreso:	Fecha de salida:
Nombre del padre o tutor que llena el formulario:		Dirección del padre o tutor (si es diferente de la dirección del menor):	
Indique los números de teléfono donde se puede localizar a los padres o al tutor cuando el menor esté en la guardería.			
Teléfono del padre 1:	Teléfono del padre 2:	Teléfono del tutor:	¿El expediente incluye los documentos sobre la custodia? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
<b>En caso de una emergencia, llame a:</b>			
Nombre del contacto de emergencia:		Relación:	Código de área y teléfono:
Dirección:			
Autorizo a esta entidad de cuidado infantil a <b>dejar salir a mi hijo</b> del centro de cuidado infantil <b>ÚNICAMENTE</b> con las siguientes personas. Indique el nombre y teléfono de cada persona. El menor solo podrá salir del centro con los padres, el tutor o la persona designada por estos, una vez que muestren su identificación.			
Nombre:		Código de área y teléfono:	
Nombre:		Código de área y teléfono:	
Nombre:		Código de área y teléfono:	

## PERMISOS

### 1. Transporte:

Doy mi permiso para que los empleados de la guardería transporten y supervisen a mi hijo por las siguientes razones (marque todo lo que corresponda).

- Para recibir atención médica de emergencia
  Para participar en paseos escolares
  De ida y vuelta a la casa
  De ida y vuelta a la guardería

### 2. Paseos escolares:

- Doy mi permiso para que mi hijo participe en paseos escolares.
  No doy mi permiso para que mi hijo participe en paseos escolares.

Comentarios:

**3. Actividades en el agua:**

Doy mi permiso para que mi hijo participe en las siguientes actividades en el agua (marque todo lo que corresponda).

- Mesas para jugar con agua   
  Actividades con rociadores   
  Chapoteaderos   
  Piscinas   
  Parques acuáticos

¿Puede nadar su hijo sin ayuda?  Sí  No

Si respondió "No", ¿qué tipo de ayuda necesita? \_\_\_\_\_

**4. Acuse de recibo de las normas operativas por escrito:**

Acuso recibo de las normas operativas del centro, incluidas las relacionadas con (marque todo lo que corresponda).

- Disciplina y orientación   
  Procedimiento para dejar salir a los menores  
 Suspensión y expulsión   
  Enfermedades y criterios de exclusión  
 Planes en casos de emergencia   
  Procedimientos para dispensar medicamentos  
 Procedimientos para hacer chequeos médicos   
  Requisitos de vacunación infantil  
 Sueño seguro   
  Prácticas sobre el servicio de alimentación  
 Procedimientos para que los padres hablen con el director sobre algún problema   
  Procedimientos para visitar el centro sin autorización previa  
 Fomento de actividad física en interiores y al aire libre, incluidos los criterios para casos de clima extremo   
  Procedimientos para apoyar a servicios inclusivos  
 Procedimientos para que los padres participen en las actividades de la entidad   
  Procedimientos para que los padres se comuniquen con la División de Expedición de Licencias para el Cuidado Infantil (CCL), DFPS, la Línea de Ayuda para Denunciar el Maltrato Infantil y el sitio web de la CCL

**5. Comidas:**

Estoy enterado de que se servirán las siguientes comidas a mi hijo cuando esté bajo cuidado (marque todas las que correspondan):

- Ninguna   
 Desayuno   
 Bocadillo por la mañana   
 Almuerzo   
 Bocadillo por la tarde   
 Cena   
 Bocadillo después de la cena

**6. Horario en que el menor estará bajo el cuidado de la guardería:**

Mi hijo estará normalmente en la guardería en el siguiente horario:

Día de la semana	A.M.	P.M.
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingo		

**Necesidades de cuidado especial del menor (marque todas las respuestas que correspondan)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias ambientales   | <input type="checkbox"/> Limitaciones o restricciones en las actividades del menor                     |
| <input type="checkbox"/> Intolerancias alimentarias   | <input type="checkbox"/> Adaptaciones o modificaciones razonables                                      |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad existente   | <input type="checkbox"/> Equipo para la adaptación ( <i>incluya las instrucciones a continuación</i> ) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad grave previa  | <input type="checkbox"/> Síntomas o indicios de complicaciones   |
| <input type="checkbox"/> Lesiones y hospitalizaciones ( <i>durante los últimos 12 meses</i> ) | <input type="checkbox"/> Medicamentos prescritos para uso continuo a largo plazo                       |
| <input type="checkbox"/> Otra: _____  |  |

Explique aquí cualquier necesidad seleccionada anteriormente:

¿Le han diagnosticado alguna alergia alimentaria al menor?  Sí  No

Fecha en que se presentó el plan de emergencia para alergias alimentarias: \_\_\_\_\_

Las guarderías infantiles se consideran instalaciones públicas de conformidad con el título III de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA). Para más información, visite <https://www.ada.gov/resources/child-care-centers/> (en inglés). Si cree que una de estas entidades está cometiendo actos de discriminación, violando así el título III, puede llamar a la línea de información sobre la ADA al 800-514-0301 (voz) o al 800-514-0383 (TTY).

Firma del padre o tutor \_\_\_\_\_

Fecha en que firmó \_\_\_\_\_

**Niños en edad escolar**

Mi hijo asiste a la siguiente escuela:

Código de área y teléfono de la escuela:

Mi hijo tiene permiso para (*marque todas las que correspondan*):

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Caminar de casa a la escuela y de la escuela a casa | <input type="checkbox"/> Tomar el autobús | <input type="checkbox"/> Salir de la escuela con su hermano menor de 18 años |
|--|---|--|

Lugares autorizados para recoger o regresar al menor aparte de su casa:

- Las vacunas obligatorias del menor, las pruebas de visión y audición y las pruebas de tuberculosis están al día y registrados en los archivos de su escuela.

**Autorización para la atención médica de emergencia**

En caso de que no puedan localizarme para que tome decisiones si mi hijo necesita atención médica de emergencia, autorizo a quien esté a cargo a que lleve a mi hijo a:

Nombre del médico	Dirección	Teléfono
Nombre del centro de atención médica de emergencia	Dirección	Teléfono

Autorizo al centro a obtener la atención médica de emergencia necesaria para mi hijo.

Firma del padre o tutor \_\_\_\_\_

Fecha en que firmó \_\_\_\_\_

### Requisitos para la exención del cumplimiento

- He adjuntado una declaración jurada firmada y fechada en la que afirmo que declino vacunar a mi hijo por razones de conciencia, incluidas mis creencias religiosas, en la forma descrita en la sección 161.0041 del Código de Salud y Seguridad, la cual debo presentar a más tardar 90 días después de que la declaración jurada sea certificada por un notary public.
- Adjunto una declaración jurada firmada y fechada en la que afirmo que los exámenes de la vista o audición son incompatibles con los principios y prácticas de una iglesia o denominación religiosa con la que comulgo o a la que pertenezco.

### Resultados del examen de la vista

Ojo derecho 20/      Ojo izquierdo 20/       Superado     No superado

Firma \_\_\_\_\_

Fecha en que firmó \_\_\_\_\_

### Resultados del examen de audición

Oído	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz	Superado o No superado
Derecho				<input type="radio"/> Superado <input type="radio"/> No superado
Izquierdo				<input type="radio"/> Superado <input type="radio"/> No superado

Firma \_\_\_\_\_

Fecha en que firmó \_\_\_\_\_

### Requisitos de inscripción

Si el menor no asiste a prekinder o a una escuela lejos de la guardería, debe presentar uno de los siguientes documentos el primer día que el menor asista a la guardería, o a más tardar en una semana. *(Seleccione solo una opción.)*

- Declaración de un profesional de la salud: En el último año he examinado al menor aquí nombrado y he concluido que puede acudir a la guardería.
- Se adjunta una copia firmada y fechada de la declaración de un profesional de la salud.
- El diagnóstico y tratamiento médico no es compatible con los principios y prácticas de una organización religiosa reconocida de la que soy seguidor o miembro. He adjuntado una declaración jurada firmada y fechada a este respecto.
- Un profesional de la salud examinó al menor en el último año y determinó que puede participar en el programa de cuidado infantil. A más tardar 12 meses después de su ingreso, entregaré a la entidad de cuidado infantil la declaración firmada de un profesional de la salud.

Nombre del profesional de la salud, si se seleccionó \_\_\_\_\_

Dirección del profesional de la salud, si se seleccionó \_\_\_\_\_

Firma del profesional de la salud \_\_\_\_\_

Fecha en que firmó \_\_\_\_\_

Firma del padre o tutor \_\_\_\_\_

Fecha en que firmó \_\_\_\_\_

### Información sobre las vacunas

Las siguientes vacunas deben aplicarse en varias dosis. Indique la fecha en que el menor recibió cada una de las dosis.

Vacuna	Calendario de vacunación	Fecha en que el menor fue vacunado
Hepatitis B	Nacimiento (primera dosis)	
	1 a 2 meses (segunda dosis)	
	6 a 18 meses (tercera dosis)	
Rotavirus	2 meses (primera dosis)	
	4 meses (segunda dosis)	
	6 meses (tercera dosis)	
Difteria, tosferina y tétanos	2 meses (primera dosis)	
	4 meses (segunda dosis)	
	6 meses (tercera dosis)	
	15 a 18 meses (cuarta dosis)	
	4 a 6 años (quinta dosis)	
Haemophilus influenzae grupo B	2 meses (primera dosis)	
	4 meses (segunda dosis)	
	6 meses (tercera dosis)	
	12 a 15 meses (cuarta dosis)	
Antineumocócica	2 meses (primera dosis)	
	4 meses (segunda dosis)	
	6 meses (tercera dosis)	
	12 a 15 meses (cuarta dosis)	
Antipolio inactivada	2 meses (primera dosis)	
	4 meses (segunda dosis)	
	6 a 18 meses (tercera dosis)	
	4 a 6 años (cuarta dosis)	
Influenza	Cada año a partir de los 6 meses. Se recomiendan dos dosis administradas con un intervalo de al menos cuatro semanas para los menores que reciben la vacuna por primera vez y para algunos otros menores de este grupo de edad.	
Sarampión, paperas y rubéola	12 a 15 meses (primera dosis)	
	4 a 6 años (segunda dosis)	
Varicela	12 a 15 meses (primera dosis)	
	4 a 6 años (segunda dosis)	
Hepatitis A	12 a 23 meses (primera dosis)	
	La segunda dosis debe aplicarse 6 a 18 meses después de la primera dosis.	

**Varicela**

La vacuna contra la varicela no es obligatoria si el menor ya ha tenido la enfermedad. Si su hijo tuvo varicela, indique la fecha en la siguiente declaración: Mi hijo tuvo la enfermedad de varicela alrededor del [fecha]. y por lo tanto no necesita la vacuna contra la varicela.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha en que firmó \_\_\_\_\_

**Información adicional sobre las vacunas**

Para obtener más información sobre las vacunas, visite el sitio web del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas en [www.dshs.state.tx.us/immunize/public.shtm](http://www.dshs.state.tx.us/immunize/public.shtm).

**Prueba de la tuberculosis (si se necesita)**

Positivo  Negativo Fecha: \_\_\_\_\_

**Zona libre de pandillas**

Según lo establece el Código Penal de Texas, cualquier área situada a mil pies de distancia de una guardería es considerada zona libre de pandillas. Cualquier delito relacionado con el crimen organizado cometido en esta zona estará sujeto a penas más severas.

**Declaración sobre la privacidad**

La HHSC valora su privacidad. Para más información, lea nuestras normas sobre la privacidad en línea en: <https://hhs.texas.gov/es/normas-del-sitio>

**Firmas**

Padre o tutor del menor \_\_\_\_\_

Fecha en que firmó \_\_\_\_\_

Persona designada por el centro \_\_\_\_\_

Fecha en que firmó \_\_\_\_\_

**Verificación del médico o empleado de salud pública**

Firma o sello del médico o empleado de salud pública responsable de comprobar la información sobre la vacunación recién indicada:

Firma \_\_\_\_\_

Fecha en que firmó \_\_\_\_\_