Enero de 2019-E

**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 y lo entrega a la guardería antes del ingreso del menor al centro. La guardería conserva el formulario en los archivos del centro.

#  Información general

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del centroTHE CARTWRIGHT SCHOOL | Nombre del directorMRS. LINDA BURTON-MCINTYRE / MS. AARICA MCINTYRE |
| Nombre completo del menor | Fecha de nacimiento del menor | Con quién vive el menor: Ambos padres  La madre  El padre  Un tutor |
| Dirección del menor | Fecha de ingreso | Fecha de salida |
| Nombre del padre o tutor que llena el formulario | Dirección del padre o tutor (si es distinta a la del menor) |
| Indique los números de teléfono donde se puede localizar a los padres o al tutor cuando el niño esté en el centro. |
| Teléfono del padre 1 | Teléfono del padre 2 | Teléfono del tutor | El expediente incluye los documentos sobre la custodia: Sí  No |
| Indique el nombre, la dirección y el teléfono de alguien a quien llamar en caso de emergencia cuando no pueda localizarse a los padres o al tutor: | Parentesco |
| Autorizo a esta guardería a dejar salir a mi hijo de las instalaciones ÚNICAMENTE con las siguientes personas. Indique el nombre y teléfono de cada una de ellas. El menor solo podrá salir del centro con los padres, el tutor o la persona designada por estos, una vez mostrada la debida identificación. |
| Nombre | Teléfono |
| Nombre | Teléfono |
| Nombre | Teléfono |

|  |
| --- |
| **Permisos** |
| Marque todo lo que corresponda:**1. Transporte**Doy mi permiso para que los empleados del centro transporten y supervisen a mi hijo:Para recibir atención médica de Para participar en paseos Para recogerlo y llevarlo de Para recogerlo y llevarlo de emergencia escolares regreso a casa regreso a la escuela |
| **2. Excursiones**Doy mi permiso para que mi hijo a participe en paseos escolares. No doy mi permiso para que mi hijo participe en paseos escolares. Comentarios |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3. Actividades acuáticas**Doy mi permiso para que mi hijo juegue en:Mesas con agua Actividades con Chapoteaderos rociadores | Piscinas | Parques acuáticos |
| **4. Acuse de recibo de las normas operativas por escrito (marque todo lo que corresponda)**Acuso recibo de las normas operativas del centro, incluidas las relacionadas con:✔ 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 previaProcedimientos para que los padres participen en las actividades Procedimientos para que los padres se comuniquen con la✔ del centro ✔ División de Licencias para el Cuidado Infantil (CCL), la línea paradenunciar el maltrato infantil y el sitio web de la CCL. |
| **5. Comidas**Estoy enterado de que se servirá lo siguiente a mi hijo cuando esté en el centro:Nada ✔ Desayuno Bocadillo a ✔ Almuerzo ✔ Bocadillo amedia mañana media tarde | ✔ Cena | Bocadillo después de la cena |
| **6. Horario en que el menor estará en el centro**Mi hijo estará normalmente en el centro en el siguiente horario: |
| Día de la semana | a.m. | p.m. |
| Lunes |  |  |
| Martes |  |  |
| Miércoles |  |  |
| Jueves |  |  |
| Viernes |  |  |
| Sábado |  |  |
| Domingo |  |  |

|  |
| --- |
| **Autorización para la atención médica de emergencia** |
| En caso de que no se pueda 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 |



**Información adicional sobre el menor**

Indique cualquier necesidad especial del menor, como alergias ambientales, intolerancia a los alimentos, enfermedades, enfermedades graves anteriores, lesiones y hospitalizaciones en los últimos 12 meses, medicamentos recetados para su administración continua y a largo plazo, y cualquier otra información que deban conocer quienes lo atienden:

¿Se le ha diagnosticado alguna alergia alimentaria al menor? Sí No Fecha del plan

Las guarderías infantiles están consideradas instalaciones públicas, según el título III de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA). Si cree que uno de estos centros practica la discriminación, violando así el título III, puede llamar a la línea de información de 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 | Teléfono de la escuela |
| Mi hijo tiene permiso para (marque todo lo que corresponda):Caminar de casa a la escuela y de la Tomar el autobús Salir del centro al cuidado de su hermano menor de 18 años escuela a casaLugares autorizados para recoger o regresar al niño, aparte de su casaEl niño está al día en sus vacunas, las pruebas de la vista y del oído y la prueba de tuberculosis, y la escuela tiene las copias correspondientes. |

|  |
| --- |
| **Requisitos de inscripción** |
| Si el menor no asiste a prekínder 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 una semana después.Marque **solo una** opción:1. DECLARACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: En el último año he examinado al menor aquí nombrado y he concluido que puede acudir a la guardería. Firma del padre o tutor Fecha en que firmó2.  Se adjunta una copia firmada y fechada de la declaración de un profesional de la salud.1. El diagnóstico médico y su tratamiento no son compatibles con los principios y prácticas de una organización religiosa reconocida con la que comulgo o de la que soy miembro. He adjuntado una declaración jurada firmada y fechada a este respecto.
2. Un profesional de la salud examinó al menor en el último año y determinó que puede participar en las actividades de la guardería. A más tardar 12 meses después de su ingreso, entregaré la declaración firmada de un profesional de la salud a la guardería.
 |
| Nombre | Dirección del profesional de la salud |
|  Firma del padre o tutor Fecha en que firmó |



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 Salubridad y Seguridad, la cual debo presentar a más tardar 90 días después de que la declaración jurada fue certificada por un notary.

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.

**Requisitos para exenciones**



|  |
| --- |
| **Resultados del examen de la vista** |
| Ojo izquierdo 20/ | Ojo derecho 20/Firma | Superado | No superado | Fecha en que firmó |

|  |
| --- |
| **Resultados del examen de audición** |
| **Oído** | **1000 Hz** | **2000 Hz** | **4000 Hz** | **Superado o no superado** |
| Derecho |  |  |  |  Superado Superado | Nosuperado Nosuperado |
| Izquierdo |  |  |  |
|  | Firma |  |  | Fecha de la firma |  |

|  |
| --- |
| **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 a 2 meses - segunda dosis |  |
| 6 meses - tercera dosis |  |
| Difteria, tosferina y tétanos | 2 meses - primera dosis |  |
| 4 a 2 meses - segunda dosis |  |
| 6 meses - tercera dosis |  |
| 15 a 18 meses - cuarta dosis |  |
| 4 a 6 años - quinta dosis |  |
| Haemophilus influenza grupo B | 2 meses - primera dosis |  |
| 4 a 2 meses - segunda dosis |  |
| 6 meses - tercera dosis |  |
| 12 a 15 meses - cuarta dosis |  |
| Antineumocócica | 2 meses - primera dosis |  |
| 4 a 2 meses - segunda dosis |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vacuna** | **Calendario de vacunación** | **Fecha en que el menor fue vacunado** |
|  | 6 meses - tercera dosis |  |
|  | 12 a 15 meses - cuarta dosis |  |
| Antipolio inactivada | 2 meses - primera dosis |  |
| 4 a 2 meses - segunda dosis |  |
| 6 a 18 meses - tercera dosis |  |
| 4 a 6 años - cuarta dosis |  |
| Influenza (gripe) | Cada año a partir de los 6 meses. Se recomiendan dos dosis, administradas en intervalos de por lo menos cuatro semanas para los niños que reciben la vacuna por primera vez, y para algunos otros niños en este grupo de edad. |  |
| Sarampión, paperas y rubéola | 12 meses - primera dosis |  |
| 4 a 6 años - segunda dosis |  |
| Varicela | 12 meses - primera dosis |  |
| 4 a 6 años - segunda dosis |  |
| Hepatitis A | 12 meses - primera dosis |  |
| La segunda dosis debe aplicarse 6 a 18 meses después de la primera dosis. |  |

Fecha de la firma

Firma

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

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

Fecha de la firma

Firma

La vacuna contra la varicela no es obligatoria si el menor ya ha tenido la enfermedad. Si su hijo tuvo varicela, ponga la fecha en la siguiente declaración: Mi hijo tuvo varicela aproximadamente en (fecha) y no necesita la vacuna contra la varicela.

**Varicela**

**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)

Fecha

Negativa

Positiva

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

**Zona libre de pandillas**

Según lo establece el Código Penal de Texas, cualquier área situada a menos de 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.

El HHSC valora su privacidad. Para obtener más información, vea nuestra política de confidencialidad en: [https://hhs.texas.gov/](https://hhs.texas.gov/policies-practices-privacy#security) [es/normas-del-sitio](https://hhs.texas.gov/policies-practices-privacy#security)

**Declaración sobre la privacidad**

Fecha de la firma

Persona designada por el centro

Fecha de la firma

Padre o tutor del menor

**Firmas**