



Ogden Weber Community Action
Partnership
Head Start/Early Head Start Program



Estimado padre/tutor,

OWCAP Head Start es un programa de preparación escolar para todos los niños necesitados que viven en el condado de weber.

El programa de educación temprana de Head Start es para niños menores de 3 años. Ofrecemos un programa con visitas en casa y un programa que provee cuidado de niños para padres adolescentes mientras ellos asisten a la escuela o trabajo.

Head Start es para niños de 3 y 4 años de edad para el 1 de septiembre. Ofrecemos varias opciones para el programa de Head Start

El programa es gratis para los niños y las familias que sean aceptados. "Ogden-Weber Community Action Partnership, Inc." (OWCAP) "Head Start" ha estado proporcionando servicios de calidad a las familias y niños en el condado de weber desde 1965. OWCAP Head Start tiene personal altamente calificado que proporciona educación, salud y servicios familiares para su niño y familia.

Por favor, tenga en cuenta que usted tendrá que proveer o planear servicios de transporte para su hijo/a. Asistencia con transporte puede ser proporcionada cuando las circunstancias sean necesarias.

Por favor lea a fondo y complete la solicitud. *Las fechas de inscripción se encuentran en la parte posterior de este paquete. Consulte nuestro sitio web, nuestra página de Facebook o llame para las fechas de registración. Por favor traiga todos los documentos requeridos y la solicitud a la fecha de inscripción.*

Gracias por su interés en los programas de Head Start y educación temprana.

Gracias por su interés en Head Start.

OWCAP lista de verificación para Head Start y educación temprana de Head Start
POR FAVOR TOME NOTA: QUE SI NO TRAE LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS A LA INSCRIPCIÓN, NO VAMOS A PODER PROCESAR SU SOLICITUD

Cuando venga a la inscripción, por favor, tenga la solicitud y lo siguientes documentos con usted:

- o **Acta de Nacimiento** (o algún otro comprobante de nacimiento) debe incluir: nombre del niño/a, fecha de nacimiento y nombre de los padres.
- o **Verificación de Ingresos** Por favor de traer comprobante de ingresos de los últimos 12 meses. Por favor deje saber a su trabajador/a de Servicios Familiares sobre periodos de desempleo.

VERIFICACION DE INGRESOS (juntos deben reflejar un año completo de ingresos-puede incluir):

Forma de los impuestos 1040's

Declaración de impuestos del año pasado (W-2's)

Una copia de la ayuda financiera de DWS

Carta del Seguro Social (reflejando el importe del ingreso)

Carta del Empleador (total de los ingresos del año pasado)

Talones de cheque (deben cubrir el total de los ingresos del año pasado)

Comprobante de colocación en un hogar temporal o una carta de custodia del estado de DCFS

o **COMPROBANTE DE ASISTENCIA PUBLICA**

(SSI, TANF/FEP, de los últimos 90 días)

o **COMPROBANTE DE DOMICILIO EN EL CONDADO DE WEBER** (Ejemplo: una factura de servicios públicos, identificación con foto, etc.)

o **REGISTRO OFICIAL DE VACUNAS**

(Las Vacunas están disponibles a un bajo costo o a ningún costo en "Weber Health Department" 477 23rd Street)

o **TARJETA DE ASEGURANZA** (Si tiene seguro medico privado o Medicaid, IHC, Chip, etc.)

Otros documentos que se necesitan si su hijo/a es aceptado/a:

o **UN FISICO** (debe incluir presión arterial, hemoglobina, y un examen de plomo)

o **EXAMEN DENTAL** (debe incluir la limpieza y/o la aplicación de fluoruro)

Head Start da la bienvenida a todos los niños de **crianza temporal**. Por favor adjunte una copia de su carta de custodia del DCFS a la solicitud.

Niños con **discapacidad o necesidades especiales** son bienvenidos. Por favor incluir una copia del IEP o IFSP de su hijo/a en la solicitud.

¿Donde puedo encontrar mas información acerca de OWCAP y Head Start y educación temprana de Head Start?

www.owcap.org

[Www.eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hslc](http://www.eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hslc)

801.399.9281

facebook: [http://www.facebook.com/Ogden-Weber CAP Head Start](http://www.facebook.com/Ogden-Weber-CAP-Head-Start)

Preguntas Frecuentes

Cuando complete y entregue la solicitud de mi hijo/a, ¿que pasa después?

Cuando entregue su solicitud un/a trabajador/a de servicios familiares le dará una carta que le dice si su hijo/a fue aceptado en la categoría de elegible, moderado o sobre ingresos. Su hijo entonces será puesto en una de las tres listas de espera dependiendo de su elegibilidad basada en las tres categorías mencionadas anteriormente. El sitio y opción que serán determinados por OWCAP.

OWCAP comienza el proceso de selección en junio para el año siguiente. Los niños son elegidos basado en un proceso de puntos, esto significa que los niños mas necesitados con alto puntaje son seleccionados primero.

Tiene mi hijo/a que estar entrenado para ir al baño para asistir a Head Start?

No, nuestras maestras están entrenadas para trabajar con su hijo/a y a con los padres para ayudarlos a entrenar a sus hijos para ir al baño.

¿Cuándo sabré si mi hijo/a está en el programa?

Las cartas son enviadas a las familias que han sido seleccionadas en el programa la primera semana de Septiembre. Si su hijo/a no es seleccionado, su hijo/a se mantendrá en la lista de espera hasta que haya un espacio disponible. El comité de selección tiene juntas regularmente. **Usted recibirá una llamada** hecha por un/a Trabajador/a de Servicios Familiares o maestra **si** su hijo/a es seleccionado/a. La solicitud de su hijo/a permanecerá activa durante todo el año escolar.

¿Que pasa si me cambio de dirección después de entregar mi solicitud?

Es importante que notifique a OWCAP lo más pronto posible cuando hay un cambio de dirección y/o número de teléfono. Por favor de llamarnos al 801.399.9281 para actualizar su número de teléfono, y si es aplicable, la nueva dirección de su hijo/a. También necesitaremos un comprobante del nuevo de domicilio como una factura de servicios públicos, un acuerdo de alquiler, etc, que tenga su nueva dirección. **Esto puede ser entregado en la siguiente dirección: 3159 Grant Ave, Ogden.**

¿Entrará mi hijo/a al programa?

Si su hijo tiene **la edad y cumple con los requisitos**, sus posibilidades son buenas; **pero no podemos garantizar que su hijo vaya entrar al programa. Tenemos una lista de espera cada año.** Este programa **no es** basado en orden de cómo se entregue las solicitudes, pero lo mas pronto que entregue su solicitud es mejor. Es recomendable que complete y entregue su solicitud en junio. Las Reglas del gobierno requieren **que las familias en la comunidad que necesitan ayuda la reciban.** Cada aplicación es basada en la información que usted ha proporcionado.

¿Hay un requisito de asistencia para que me hijo/a asista a Head Start?

Es importante que usted prepare los planes de transporte antes. La asistencia de su hijo/a afecta el aprendizaje de ellos y crea buenos hábitos para sus futuras experiencias escolares. La oficina de Head Start tiene una expectativa que los niños no falten mas de un día al mes .

¿Cuanto cuesta Head Start?

Head Start es un programa gratuito; no hay ningún costo a los padres por cualquier servicio, **solo si esta en una guardería infantil.** (Contacte al cuidado de niños del estado (DWS) si necesita asistencia con el cuidado de niños.)

¿Que es el programa con visitas en casa?

El programa con visitas en casa consiste en una visita semanal de una hora y media y 2 grupos de actividades cada mes por 2 horas.

**La inscripción, se llevara acabo en:
Ogden-Weber Community Action Partnership**

3159 Grant Avenue

Ogden, UT 84401

Llame al

(801) 399-9281

**Para la fechas y horarios de inscripción o para hacer
una cita.**

www.owcap.org

<http://www.facebook.com/Ogden-Weber> CAP Head Start

Trabajador/a de servicios familiares:

Nombre: _____

Teléfono (s): _____

Notas:



HS
 EHS

Información de los miembros de la familia

Las cajas en gris serán completadas por el personal de Head Start.

Nombre del adulto principal _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del solicitante (niño/a) _____ Fecha de nacimiento _____

Adulto principal (no participante) viviendo en casa

Apellido		Primer nombre		Segundo nombre		Preferido	
Fecha de nacimiento		Genero		<input type="checkbox"/> Provee soporte financiero		<input type="checkbox"/> Padre adolescente	
Grado más alto completado _____		Status de empleo ¹		Correo electrónico		Proficiente en Ingles: <input type="checkbox"/> Lenguaje principal	
Graduado de la preparatoria <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente	
¿Asiste a la escuela o entrenamiento de trabajo actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				¿Padre adolescente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Adulto secundario (no participante) viviendo en casa

¿Está usted relacionado con el niño por sangre, matrimonio, adopción, custodia ordenada por la corte, o guardián autorizado?							Sí		No	
Apellido		Primer nombre		Segundo nombre		Preferido				
Fecha de nacimiento		Genero		<input type="checkbox"/> Vive con el niño/a		<input type="checkbox"/> Provee soporte financiero				
Grado más alto completado _____		Status de empleo ¹		Correo electrónico		Proficiente en Ingles: <input type="checkbox"/> Lenguaje Principal				
Graduado de la preparatoria <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente				
¿Asiste a la escuela o entrenamiento de trabajo actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					¿Padre adolescente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

¹ F- Tiempo completo, P- Medio tiempo, R- Jubilado o discapacitado, T- Entrenamiento o escuela, S- Empleo temporal, U - Desempleado

Niño/a solicitante para Head Start

Apellido		Primer nombre		Segundo nombre		Preferido			
Fecha de nacimiento		Genero							
Raza (marque lo que aplique)		Etnicidad		Proficiente en Ingles : <input type="checkbox"/> Lenguaje primario					
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Americano		<input type="checkbox"/> Hispano		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente					
<input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Pacífico islandés		<input type="checkbox"/> No-Hispano							
<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro _____		Nacionalidad (país de nacimiento):		Otro idioma hablado: _____					
				<input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente					

C-Natural/adoptado/hijastro G-nieto N-sobrino/a F-crianza O-otro

Elija de las opciones de arriba

Relación al adulto principal: _____
Custodia: sí no

Relación al adulto secundario: _____
Custodia: sí no

Elegible para Medicaid:

Seguro médico privado:

Seguro dental:

Numero de póliza: _____

Numero de póliza: _____

Numero de póliza: _____

Doctor/dentista (del niño/a solicitante)

Nombre del Doctor		Dirección		Ciudad		Estado		Código postal		Teléfono	
Nombre del Dentista		Dirección		Ciudad		Estado		Código postal		Teléfono	

¿Algún familiar inmediato vive en un centro correccional? Sí No

Relación con el niño/a: _____

Hermanos/as del niño solicitante

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Genero



Información familiar

Las cajas en gris serán completadas por el personal de Head Start

Nombre del solicitante _____ Fecha de nacimiento _____

Información General					
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal		
Dirección de envió (si es diferente)		Ciudad	Estado	Código postal	
Número de teléfono	Casa, trabajo, móvil, etc.	Primario	Recibe mensajes de texto	Notas	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí		
¿Carece de una residencia fija, regular y adecuada de noche? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Están compartiendo la vivienda de otras personas debido a la pérdida de su propia vivienda, dificultades económicas o un motivo similar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cuáles de la situaciones a continuación se aplican al niño/a? Viven en: <input type="checkbox"/> Motel <input type="checkbox"/> Hotel <input type="checkbox"/> Vivienda móvil <input type="checkbox"/> Campamento <input type="checkbox"/> Refugio transitorio o de emergencia <input type="checkbox"/> Abandonado en hospital <input type="checkbox"/> En espera de colocación de cuidado de crianza temporal		<input type="checkbox"/> Residencia principal de la noche es un espacio público o privado no diseñado para alojamiento para dormir <input type="checkbox"/> Niño/a migrante	Viven en: <input type="checkbox"/> Carro <input type="checkbox"/> Parque <input type="checkbox"/> Espacios Públicos <input type="checkbox"/> Edificio abandonado <input type="checkbox"/> Infravivienda <input type="checkbox"/> Estación de tren o autobús
Sitio principal		Estado parental <input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos		Idioma principal en el hogar	
Información familiar					
<input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> TANF/FEP					
¿Algún padre o guardián miembro del servicio militar de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Está recibiendo ayuda nutricional suplementar del programa SNAP? (Estampillas para comida) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Cantidad	Por	Cantidad anual	Descripción	Verificación	Notas
				Códigos de verificación CS–Talón de cheque W2–W-2 EL- Carta del empleador TX–Impuestos	
Notas de ingresos financieros					

Contactos

Es muy importante que tengamos la información completa en caso de una emergencia.
Por favor infórmeles a estas personas que les ha agregado como contacto en Head Start. Estas serán las únicas personas autorizadas para recoger a su niño/a aparte de los padres/guardianes

Contactos de Emergencia (No los adultos primarios o secundarios)						
Código Tipo de Teléfono: H-Hogar W-Trabajo C-Móvil M-Mensaje						
Contacto 1	Nombre		Tipo de teléfono	Número de teléfono	Notas sobre este número de teléfono	Relación con el niño/a
	Dirección			()		
				()		¿Contacto de emergencia? Sí No ¿Puede recoger a su niño/a? Sí No
	Ciudad			()		
	Estado	Código postal		()		
Contacto 2	Nombre		Tipo de teléfono	Número de teléfono	Notas sobre este número de teléfono	Relación con el niño/a
	Dirección			()		
				()		¿Contacto de emergencia? Sí No ¿Puede recoger a su niño/a? Sí No
	Ciudad			()		
	Estado	Código postal		()		
Contacto 3	Nombre		Tipo de teléfono	Número de teléfono	Notas sobre este número de teléfono	Relación con el niño/a
	Dirección			()		
				()		¿Contacto de emergencia? Sí No ¿Puede recoger a su niño/a? Sí No
	Ciudad			()		
	Estado	Código postal		()		
Contacto 4	Nombre		Tipo de teléfono	Número de teléfono	Notas sobre este número de teléfono	Relación con el niño/a
	Dirección			()		
				()		¿Contacto de emergencia? Sí No ¿Puede recoger a su niño/a? Sí No
	Ciudad			()		
	Estado	Código postal		()		

Información de inscripción



Nombre del solicitante _____ Fecha de nacimiento _____

Transporte

Dirección donde el niño/a está localizado durante las horas de operación de "Head Start" (queremos proporcionar servicios en la instalación de Head Start más cercana)

Dirección

¿La forma de permisos está firmada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha cuando se firmó la forma de permisos:
¿Sospecha que su niño/a tenga alguna incapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Diagnosticada Si es así, ¿cuál es la incapacidad sospechada o diagnosticada? _____	
¿Tiene su niño/a algún plan de educación individualizada (IEP) o IFSP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Por favor, proporcionar una copia del plan)	
Si es Sí, ¿Con que agencia tiene el plan su hijo/a? _____	
¿En cuál escuela primaria su niño/a asistirá al kínder?	

Escuela Primaria	Otros sitios que estoy dispuesto a transportar a mi hijo/a: <input type="checkbox"/> Todos		
	<input type="checkbox"/> Your Community Connection <input type="checkbox"/> OWCAP <input type="checkbox"/> South Ogden <input type="checkbox"/> Green Acres <input type="checkbox"/> James Madison <input type="checkbox"/> Gramercy	<input type="checkbox"/> OWATC-N <input type="checkbox"/> Country View	<input type="checkbox"/> Marshall White <input type="checkbox"/> North Park

Certificación: Yo certifico que esta información es verdadera. Entiendo que cualquier información falsa ya sea parcial, puede terminar mi participación en el programa y puedo ser sujeto a acciones legales. También entiendo que la información en esta solicitud será conservada en estricta confidencialidad dentro de la agencia y está accesible a mí durante horas normales de trabajo.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

Firma del personal _____ Fecha _____

Sera completado por el personal de Head Start

Detalles del programa					
Programa/termino	Sitio	Status de la solicitud ¹	Número de la solicitud		
Inscripción					
Fecha de la solicitud	Notas de elegibilidad				
Elegibilidad					
Ingresos para la elegibilidad	Número de personas en la familia	Status de los ingresos ²	Año de participación	<input type="checkbox"/> Niño/a elegible el próximo año <input type="checkbox"/> Hermano/a elegible el próximo año	Edad
					Puntos
Status del niño/a					
Status parental					
Incapacidad					
Ingresos					
Edad					
Criterio 1					
Criterio 2					
Criterio 3					
Criterio 4					
Criterio 5					
Criterio 6					
					Total
1. Códigos del estatus de la solicitud C-Completa y verificada M-Completa, necesita información medica		2. Códigos del status de los ingresos E-Elegible H-sin hogar M-Moderado F-Niño/a en cuidado O-Sobre ingresos temporal P-Asistencia publica			

¿Este niño/a es elegible para el programa de Head Start? Sí No

Ogden-Weber Community Action Partnership Head Start
Forma de permisos de Head Start y educación temprana de Head Start

(Por favor conteste cada pregunta seleccionando las cajas de sí o no)

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

El consentimiento es voluntario por parte del padre y puede ser revocado en cualquier momento. Si el padre revoca su consentimiento esta acción no es retroactiva y por eso no se aplica a alguna acción que haya ocurrido antes de que el consentimiento fuese revocado.

OWCAP compartirá información del niño/a como las vacunas e información de salud y nacimiento con el distrito escolar o con la escuela que el padre especifique como la escuela a la que el niño/a asistirá. Como padre usted tiene la oportunidad de rechazar que la información sea compartida.

OWCAP toma y usa fotografías y videos de su hijo/a para fines educativos y promocionales. Si desea optar por no participar, por favor notifique al personal.

Doy mi permiso a Head Start para:

1. Compartir y recibir información de los distritos escolares o LEA sobre la educación de mi hijo/a, necesidades especiales, y planes IEPs. Sí No
2. Compartir y recibir información con otras agencias u organizaciones que proporcionan apoyo o servicios a usted y su familia. (Si marcó sí, por favor indique las agencias por ejemplo WIC, DWS) Sí No
Indique la agencia: _____
3. Realizar exámenes y evaluaciones:
 - A. Sí No Chequeo físico
 - B. Sí No Presión de la sangre
 - C. Sí No Hematocrito/Hemoglobina (probablemente se les pique el dedo)
 - D. Sí No Evaluación de crecimiento
 - E. Sí No Prueba de plomo (hecho por pinchazo del dedo del niño/a).
 - F. Sí No Dental
 - G. Sí No Servicios de salud mental
 - H. Sí No Oído
 - I. Sí No Visión
 - J. Sí No Comportamiento
 - K. Sí No Desarrollo
 - L. Sí No Lenguaje (el habla)
 - M. Sí No Autismo (solamente para educación temprana)
 - N. Sí No Evaluación de nutrición
4. Llevar a mi hijo/a a paseos y participar en actividades especiales dentro o fuera de la escuela Sí No
5. Transportar a mi hijo/a cuando sea necesario, con consentimiento previo Sí No

Doy permiso y autorización:

7. Para que mi hijo/a reciba el barniz de fluoruro proporcionado por Head Start. Sí No
(IMPORTANTE: Barnices de fluoruro se aplica cada seis meses)
8. Cualquier dentista o clínica puede proveer información sobre mi hijo/a a Head Start Sí No
9. Cualquier doctor o clínica puede proveer información sobre mi hijo/a a Head Start Sí No
10. Estoy interesado(a) en:
 - A. Sí No Proyecto de literatura en el hogar con OWCAP/WSU
 - B. Sí No Servir en el consejo de normas de Head Start OWCAP (similar al PTA de la escuela)
 - C. Sí No Servir en el comité de paternidad (padres/figuras paternas solamente)
11. ¿Cómo escucho o se enteró de "Head Start"?
 - Por familiares, amigos, o pláticas
 - Por una agencia de la comunidad (nombre) _____
 - Por el correo, o volante dejado en mi casa
 - Feria o Evento (nombre/lugar) _____
 - Por un poster o volante. ¿En Dónde? _____
 - Otros _____
12. ¿Cuál es su lenguaje preferido? (¿En cuál lenguaje le gustaría que Head Start se comunicara con usted?)

Por la presente libero el programa de Head Start de Ogden-Weber Community Action de cualquier y toda responsabilidad sobre la información anterior.

Firma de padre/guardián _____ Fecha _____

Evaluación de nutrición y historial de salud del niño/a

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Clase: _____

Alergias de comida:

¿Tiene su niño/a alguna alergia y/o intolerancias que han sido verificadas por un doctor? Sí No

Si es así, favor de especificar: _____

Por favor, provee la documentación del doctor de su niño/a respecto a las alergias que usted ha especificado.

Necesidades especiales alimenticias:

¿Tiene su niño/a algún requisito o necesidad alimenticia especial (cultural, religiosa, forma de comida, fórmulas especiales, otras preferencias personales de comida, o necesidades de dietas médicas)? _____

Por Favor, marque todo lo que aplique a su niño/a:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Alimentación por tubo | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Malnutrición | <input type="checkbox"/> Deficiencias de vitaminas y/o minerales | <input type="checkbox"/> Sobrepeso |
| <input type="checkbox"/> Dificultades al pasar la comida | <input type="checkbox"/> Adaptaciones sensoriales | <input type="checkbox"/> Bajo de peso |
| <input type="checkbox"/> Delicado con la comida/
come de menos o de más | <input type="checkbox"/> Problemas al alimentar | <input type="checkbox"/> Alimentación por medio de
lactancia materna |
| <input type="checkbox"/> Constipaciones frecuentes | <input type="checkbox"/> Dificultades para masticar | |
| <input type="checkbox"/> Otras _____ | | |
-

¿Tiene cualquier preocupación relacionada con el crecimiento de su niño/a? Sí No

¿Tiene otra preocupación acerca de la situación de nutrición y/o hábitos de comida de su niño/a? Sí No

Si es así, por favor indique sus preocupaciones: _____

¿Está usted interesada en hablar con nuestra dietista registrada acerca de cualquiera de los temas mencionados anteriormente de nutrición y de hábitos de comida?

Sí No (Si es así, por favor, solicitar una referencia con la *supervisora del área de nutrición.*)

Por favor, marque todo lo que aplique para su niño/a

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Infecciones del oído | <input type="checkbox"/> Problemas de vista/lentes | <input type="checkbox"/> Alergias de temporada |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Alergias de insectos/picadas de abejas |
| <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento | <input type="checkbox"/> Catarros o tos frecuentes | <input type="checkbox"/> Eczema/irritación de la piel |
| <input type="checkbox"/> Defectos del corazón | <input type="checkbox"/> Problemas de audición | |
| <input type="checkbox"/> Diarreas o constipaciones frecuentes | <input type="checkbox"/> Huesos, uniones, y deformidad de músculos | |
| <input type="checkbox"/> Heridas serias | | |
| <input type="checkbox"/> Otras (físicas y/o de comportamiento) _____ | | |
-

¿Su niño/a usa un inhalador y/o un respirador? Sí No

¿Su niño/a tiene otras medicinas que necesite en el salón de la clase para una condición de salud? Sí No

Por favor, indique las medicinas y que condiciones están tratando. _____

¿Ha tenido su niño/a cualquier emergencias u operaciones?

No Sí Explicar _____

¿Su niño/a ha estado expuesto a violencia o cualquier otra experiencia traumática?

No Sí Explicar _____

Durante el embarazo, la mama usó:

Alcohol; ¿Qué tan seguido? mensual semanal diario Tabaco; ¿Qué tan seguido? mensual semanal diario

Drogas; ¿Qué tan seguido? mensual semanal diario Medicinas recetadas por un doctor

Firmas de los padres/tutores legales: _____ Fecha: _____