



Additional Child Packet

Dear Parent/Guardian,

Please complete the following forms for each additional child you would like to enroll.

Additional enrollment and "Need for Services" forms are available at the 4Cs main office, or online at: <https://www.sonoma4cs.org/forms/>.

If you have any questions, please call (707) 522-1413 ext. 178 or email enrollment@sonoma4cs.org. Thank you!

Sincerely,

Early Care and Education Services Department
Community Child Care Council of Sonoma County (4Cs)
131-A Stony Circle, Suite 300, Santa Rosa, Ca 95401

Paquete para Niño Adicional

Estimado Padre/Madre/Guardián,

Por favor llene y entregue documentación para cada niño/a que quiere inscribir.

Formas adicionales de inscripción y de "Necesidad de Servicios" están disponibles en la oficina principal de 4Cs o en línea en: <https://www.sonoma4cs.org/forms/>.

Si tiene preguntas, por favor llame al (707) 544-3077 ext. 178 o envíe sus preguntas por correo electrónico al: enrollment@sonoma4cs.org. Gracias!

Sinceramente,

Departamento de Servicios de Cuidado y Educación Temprana
Community Child Care Council of Sonoma County (4Cs)
131-A Stony Circle, Suite 300, Santa Rosa, Ca 95401

*****Para Español, vea el paquete al reverso.**



Our Mission is to provide access to quality child care and early education in Sonoma County through advocacy, direct service, and empowerment.

DECLARACION DE MANUTENCION Y CUSTODIA

Nombre del Nino(a)(s): _____

Si ambos padres biológicos/adoptivos viven en el hogar, marque esta caja y firme con fecha abajo.

Si uno o ambos padre(s) biológico(s)/adoptivo(s) no viven en su hogar, marque esta caja y llene lo siguiente:

Nombre(s) del padre(s) biológico(s)/adoptivo(s) que **no** vive en su hogar: _____

Manutención Infantil u otras formas de pagos (marque la declaración apropiada abajo):

***=Debe adjuntar documentación de apoyo.**

Yo **no** recibo ningún pago de manutención infantil:

Yo **nunca** he establecido un reclamo a través del Departamento de Servicios de Manutención Infantil

El caso de manutención infantil fue cerrado la fecha del ____.*

Un reclamo ha sido establecido a través del Departamento de Servicios de Manutención Infantil, pero no estoy recibiendo pagos.* Indique el Condado: _____

Yo **recibo** manutención infantil en la cantidad de \$_____ cada mes:

Directamente del Departamento de Servicios de Manutención Infantil*
Indique el Condado: _____

"Disregard" de manutención infantil a través del Departamento de Servicios Humanos.*

Directamente del padre(s) biológico(s)/adoptivo(s) que no vive en su hogar:

Tengo la habilidad de proveer documentación de apoyo.*

No tengo la habilidad de proveer documentación de apoyo por parte del padre(s) biológico(s)/adoptivo(s) que no vive en el hogar.

Yo **recibo** asistencia financiera en la cantidad de \$_____ cada mes en la forma de _____ (ej. dinero hacia el costo de vivienda o pago de automóvil).*

Yo **recibo** manutención conyugal en la cantidad de \$_____ cada mes.*

Yo **pago** \$_____ cada mes en manutención infantil y/o conyugal.*

Describe su arreglo de custodia (ej. física/legal, absoluta/compartida): Verbal Orden judicial

(Incluya los días y horas cuando el niño(a) está en la custodia del padre(s) biológico(s)/adoptivo(s) que no vive en el hogar)

Yo declaro bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera y correcto.

Firma de Padre/Guardián

Fecha

Información para identificación y emergencias

I. Información sobre la familia

Nombre del menor (apellido y nombres): _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la madre: _____

Nombre del padre: _____

Domicilio del menor: _____ Teléfono: _____

Domicilio comercial de la madre: _____ Teléfono: _____

Domicilio comercial del padre: _____ Teléfono: _____

II. Nombre de las personas que están autorizadas para retirar al menor de edad del establecimiento (este niño o niña no podrá ser retirado por ninguna otra persona que no tenga una autorización escrita por el padre, la madre o el tutor).

Nombre	Teléfono	Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____

III. Otras personas a quienes se puede llamar para retirar al niño o niña del establecimiento en caso de emergencia

Nombre	Domicilio	Teléfono	Relación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

IV. Médico a quien llamar en caso de emergencia

Nombre _____ Teléfono _____

Domicilio _____

V. Número de Medi-Cal _____ Seguro médico _____

Número de seguro _____

VI. Alergias u otras limitaciones médicas _____

VII. Permiso para tratamiento médico. Los procedimientos administrativos con respecto a la prestación de atención médica al menor de edad en ausencia de los padres varían entre el personal médico y las instituciones médicas. El procedimiento exacto exigido por el médico u hospital que debe seguirse en casos de emergencias debe ser verificado con anterioridad.

En caso de accidente o emergencia, autorizo a un miembro de la agencia de desarrollo infantil a llevar a mi hijo o hija al médico anteriormente mencionado o al hospital de emergencias más cercano para recibir el tratamiento y las medidas necesarios que garanticen la seguridad y protección de mi hijo o hija. Dicha atención correrá por mi cuenta.

Firma _____ Fecha _____
Padre, madre o tutor

HISTORIAL DE LA SALUD DEL NIÑO ANTES DE LA ADMISION—REPORTE DEL PADRE/MADRE

NOMBRE DEL NIÑO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE	¿VIVE EL PADRE EN EL HOGAR CON SU HIJO?	
NOMBRE DE LA MADRE	¿VIVE LA MADRE EN EL HOGAR CON SU HIJO?	
¿ESTA/HA ESTADO EL NIÑO BAJO LA SUPERVISION REGULAR DE UN MEDICO?	FECHA DEL ULTIMO EXAMEN FISICO/MEDICO	

HISTORIAL DEL DESARROLLO (*solamente para los bebés y niños de edad preescolar)

EMPEZO A CAMINAR A LOS*	EMPEZO A HABLAR A LOS*	SE LE EMPEZO A ENSEÑAR COMO IR AL BAÑO A LOS*
MESES	MESES	MESES

ENFERMEDADES EN EL PASADO — Marque las enfermedades que el niño ha tenido y especifique las fechas aproximadas de las mismas:

	FECHAS		FECHAS		FECHAS
<input type="checkbox"/> Varicela		<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Poliomielitis	
<input type="checkbox"/> Asma		<input type="checkbox"/> Epilepsia		<input type="checkbox"/> Sarampión de diez días (Rubeola)	
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática		<input type="checkbox"/> Tos ferina		<input type="checkbox"/> Sarampión de tres días (Rubella)	
<input type="checkbox"/> Fiebre del heno		<input type="checkbox"/> Paperas			

ESPECIFIQUE OTRAS ENFERMEDADES O ACCIDENTES SERIOS O GRAVES

¿TIENE EL NIÑO RESFRIADOS FRECUENTES? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿CUANTOS EN LOS ULTIMOS DOCE MESES?	ANOTE CUALQUIER ALERGIA DE LA CUAL EL PERSONAL DEBE ESTAR ENTERADO
---	-------------------------------------	--

RUTINA DIARIA (*solamente para los bebés y niños de edad preescolar)

¿A QUE HORA SE LEVANTA EL NIÑO?*	¿A QUE HORA SE ACUESTA EL NIÑO?*	¿DUERME BIEN EL NIÑO?*
¿DUERME EL NIÑO DURANTE EL DIA?*	CUANDO?*	POR CUANTO TIEMPO?*
PATRON DE DIETA: (¿Qué come el niño usualmente para estas comidas?)	DESAYUNO ALMUERZO CENA	¿CUALES SON LAS HORAS USUALES DE ESTAS COMIDAS? DESAYUNO _____ ALMUERZO _____ CENA _____

¿HAY ALGUNOS ALIMENTOS QUE NO LE GUSTAN COMER?	¿TIENE ALGUN PROBLEMA DE ALIMENTACION?		
¿SABE EL NIÑO COMO IR AL BAÑO?*	SI CONTESTA "SI", ¿EN QUE ETAPA DE APRENDIZAJE ESTA?*	¿TIENE EVACUACIONES INTESTINALES REGULARES?*	¿CUAL ES LA HORA USUAL?*
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿CUAL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LAS EVACUACIONES INTESTINALES?*	¿CUAL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LA DESCARGA DE LA ORINA?*		

EVALUACION DE LA SALUD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE/MADRE

¿ESTA EL NIÑO ACTUALMENTE BAJO EL CUIDADO DE UN DOCTOR?	SI CONTESTA "SI", ANOTE EL NOMBRE DEL DOCTOR:	¿ESTA TOMANDO EL NIÑO MEDICAMENTOS RECETADOS?	SI CONTESTA "SI", ANOTE LA CLASE Y EFECTOS SECUNDARIOS:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL?	SI CONTESTA "SI", ANOTE LA CLASE:	¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL EN SU CASA?	SI CONTESTA "SI", ANOTE LA CLASE:
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

EVALUACION DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE/MADRE

¿COMO CONVIVE EL NIÑO CON SUS PADRES, HERMANOS, HERMANAS, Y OTROS NIÑOS?

¿HA TENIDO EL NIÑO EXPERIENCIAS EN RELACION A JUEGOS EN GRUPO?

¿TIENE EL NIÑO ALGUN PROBLEMA/TEMORES/NECESIDADES ESPECIALES? (EXPLIQUE.)

¿CUAL ES EL PLAN PARA EL CUIDADO DEL NIÑO CUANDO ESTE ENFERMO?

RAZON PARA SOLICITAR LA COLOCACION EN UN LUGAR DONDE SE PROPORCIONE CUIDADO DE NIÑOS

FIRMA DEL PADRE/MADRE	FECHA
-----------------------	-------

REPORTE DEL MÉDICO — GUARDERÍAS INFANTILES

(EVALUACIÓN MÉDICA QUE SE REQUIERE ANTES DE QUE SE LE ADMITA A UN NIÑO A UNA GUARDERÍA 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 GUARDERÍA 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 MÉDICO)

Problems of which you should be aware:

Hearing: _____ Allergies: medicine: _____

Vision: _____ Insect stings: _____

Developmental: _____ Food: _____

Language/Speech: _____ Asthma: _____

Dental: _____

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

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 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 sus RX (rayos x) del tórax, 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.