



Carta de inscripción al Programa de Pago Alternativo de California

¡Gracias por su interés en inscribirse en el Programa de Pago Alternativo de California (CAPP) de 4Cs!

Para aplicar, Usted tendrá que completar los requisitos listados a continuación y tener un **proveedor de cuidado seleccionado**. Es importante que complete y entregue **toda la documentación requerida**. Dependiendo de su situación individual o familiar, es posible que se le pida que proporcione documentos adicionales.

Documentación Requerida:

- 1) Todos los ingresos de todas las fuentes de ingreso contables.
 - a) Si su ingreso es **fijo** o consistente, entregue comprobante de su ingreso de cualquier mes de la ventana de dos meses inmediatamente anterior a la certificación.
 - b) Si su ingreso es **fluctuante** o no consistente, entregue comprobante de su ingreso de los últimos 12 meses inmediatamente anterior a la certificación.
- 2) Verificación de domicilio físico (ej. cobro de utilidades, contrato de arrendamiento)
- 3) Acta de Nacimiento de todos los menores de edad que forman parte de su familia.
- 4) Cualquier orden de la corte de custodia ó manutención familiar, carta de colocación en su hogar ó documentos de adopción activa.
- 5) Registro de Vacunas vigente para cada niño/a que será inscrito/a
- 6) Reporte médico del físico fechado dentro de los últimos 12 meses, para cada niño/a que será inscrito/a (se le puede otorgar 30 días de la fecha de su inscripción para entregar el reporte médico).
- 7) Documentación de necesidades especiales para cada niño/a que será inscrito/a. si aplica (ej. IFSP o IEP).
- 8) Para cada padre/guardián en el hogar, verificación de almenos una de las siguientes "Necesidad de Servicios":
 - a) Empleo: Forma de Verificación de Empleo, completada por su empleador.
 - b) Empleo por su Propia Cuenta: Declaración de su Propio Negocio y evidencia de su negocio, lista de clientes, reportes ó recibos. Si no tiene manera formal de documentar su ingreso, también tendrá que llenar las formas de Verificación de Trabajo.
 - c) Búsqueda de Empleo: Acuerdo de Búsqueda de Empleo completado por el padre/guardián
 - d) Educación Vocacional: Contrato de educación vocacional, verificación de capacitación, copia de sus clases que demuestren las horas y los días que usted está matriculado/a y el sílaba de clases.
 - e) Forma de Incapacidad: Forma de Incapacidad, completada por un doctor o profesional legal.
 - f) Declaración sobre sin vivienda, completado por el padre/guardián.
 - g) Declaración sobre la búsqueda de Vivienda permanente, completado por el padre/guardián.
 - h) Referencia de Riesgo: una carta escrita por Servicios de Protección al Menor (CPS)
 - i) Referencia de Riesgo: una carta escrita por un profesional legal indicando necesita servicios Por favor de ver la forma agregada a este paquete.
- 9) Este paquete de inscripción completado. **Si se inscribirá más de un niño/a, deberá completar un paquete de Niño/a Adicional para cada niño/a adicional.**

Formas adicionales de inscripción y "Necesidad de Servicios" están disponibles en la oficina principal de 4Cs o en línea en <https://www.sonoma4cs.org/forms/>. Una vez que envíe su documentación a 4Cs, un(a) Trabajador/a de Casos la revisará y se comunicará con usted con más información. Si tiene alguna pregunta, por favor llame a (707) 522-1413 ext. 178 o mande 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

***For English, see reverse.



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

If your gross monthly income exceeds the amount stated below for your family size, you must notify your case manager within 30 days to be recertified.

Si su ingreso mensual bruto excede el máximo que se indica abajo para el tamaño de su familia, debe notificar a su administrador de casos dentro de 30 días para ser recertificado.

**Report to your case manager if your income is over:
Informe a su administrador de casos si su ingreso es más de:**

Family Size Tamaño de Familia	Family Monthly Income Ingreso Mensual de la Familia	
	Programs: CCTR, CAPP, C2AP and C3AP Programas: CCTR, CAPP, C2AP y C3AP	Program: CSPP Programa: CSPP
1 or/o 2	\$6,008	\$7,068
3	\$6,842	\$8,049
4	\$7,941	\$9,342
5	\$9,211	\$10,837
6	\$10,482	\$12,332
7	\$10,720	\$12,612
8	\$10,958	\$12,892
9	\$11,196	\$13,172
10	\$11,435	\$13,453
11	\$11,673	\$13,733
12	\$11,911	\$14,013



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

REGLAS DEL PROGRAMA Y RECIBO DEL MANUAL PROGRAMAS DE PAGO ALTERNATIVO

REGLAS DEL PROGRAMA

1. Los programas requieren una cita de recertificación al menos una vez cada dos años. Durante ese tiempo, los padres pueden solicitar cambios que les benefician. Recertificaciones requerirán una actualización de elegibilidad y necesidad para los servicios de cuidado. Ofrecemos opciones para que usted complete su recertificación, incluyendo citas en persona.
2. Cambios:
 - a) Los padres deben reportar cambios a su información de contacto como su domicilio de casa o de correo, correo electrónico o número de teléfono.
 - b) Si su certificación es basada en ingresos elegibles, usted debe reportar dentro de 30 días cuando su ingreso mensual en bruto con el tamaño de su familia supera el 85% del ingreso Medio Estatal.
 - c) Solicitudes para reducir las horas de cuidado o terminación deben ser solicitados por escritos en la forma de Solicitud de Cambios.
 - d) Cambios pueden demorar hasta diez días de negocio para ser procesados, aviso con anticipo es importante para asegurar que usted tenga el cuidado que necesita, 4Cs no puede hacer cambios retroactivos.
3. Información falsa o fraudulenta, sobre su elegibilidad o necesidad para los servicios, resultará en la terminación del programa. Los padres pueden ser responsables de todos los pagos por cuidado de niños que se hayan hecho basados en información falsa.
4. Las Tarifas de Familia (cuando aplican) se deben pagar directamente al proveedor de cuidado por adelantado el primer día de cada mes. Se debe adjuntar un recibo numerado, a la hoja de asistencia, para lograr un pago a tiempo. Usted puede voluntariamente solicitar que su tarifa de familia sea reducida durante su certificación sin hacer otros cambios a su acuerdo de servicios.
5. Las hojas de asistencia se deben documentar diariamente, a la llegada y la salida, para reflejar exactamente las horas en las que el niño/a recibe cuidado. La falsificación de información en las hojas de asistencia, será suficiente para la terminación del programa.
6. Cuando los niños están ausentes debido a enfermedad o cualquier otra razón, los padres o su representante legal deben escribir el código específico en la hoja de asistencia. Los códigos están listados al reverso de cada hoja de asistencia. 4Cs es responsable de pagar las ausencias de los niños, por los horarios contratados solamente. Las ausencias por el mejor interés del niño/a se pueden pagar solamente hasta un máximo de 10 días por cada año fiscal (de Julio a Junio).
7. Los permisos de ausencia sin subsidio, pueden estar disponibles bajo ciertas circunstancias, a discreción de 4Cs; esto se llama Suspensión de Servicios Temporal. Usted puede solicitar la suspensión temporal de sus servicios de cuidado sin ser dado de baja del programa.
8. Todos los padres matriculados tienen el derecho a una audiencia justa como se describe en la Notificación de Acción, emitida por 4Cs.



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

CAMBIOS DE PROVEEDOR/TERMINACIONES

1. Los proveedores de cuidado de niños serán notificados de acuerdo a sus propias pólizas cuando los padres vayan a retirar a un niño/a del programa. Todos los cambios de proveedores, deben ser notificados a 4Cs por adelantado, para que se puedan completar los documentos necesarios. Cambios pueden demorar hasta diez días de negocio para ser procesados.
2. 4Cs no puede hacer, ni autorizar, un pago a un proveedor sin un contrato de servicios completado.
3. El horario de cuidado de niños autorizado por 4Cs se le enviará por correo al proveedor de cuidado de niños contratado. Las horas autorizadas de cuidado se basan en la necesidad de servicio que esté documentada.

REGLAS ESPECIALES PERTENECIENTES AL REGLAMENTO FEDERAL Y ESTATAL

1. Los niños pueden ser transferidos a otro programa, dependiendo la elegibilidad, necesidad, necesidad de cuidado de niños y consideraciones fiscales del programa. La inscripción es basada en los requisitos de elegibilidad y necesidad y si esos requisitos no se cumplen, su(s) hijo/a(s) puede no ser elegibles para el programa.
2. Los Programas de Pago Alternativo, operan dentro de la Tarifa Regional del Mercado (Regional Market Rate, RMR) para costos de cuidado de niños. Cuando la tarifa de un proveedor es mayor que la RMR, el exceso del costo es la responsabilidad financiera de los padres (Esto se llama un co-pago y se le paga directamente al proveedor.)
3. Los proveedores sin licencia y que no sean los abuelos, tía o tío del niño/a, deben estar registrados en el Registro de Antecedentes Penales (TrustLine Registry) antes que comience el cuidado de niños. En algunas circunstancias de necesidad inmediata, la inscripción puede ser completada mientras se espera la autorización. Los proveedores sin licencia deben completar una cita de inscripción en la oficina principal de 4Cs antes de comenzar el cuidado y pueden tener visitas al sitio por parte un representante de 4Cs.

*Yo certifico que he recibido y leído las Reglas del Programa de ECES y el Manual para Padres. Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas y expresar mis preocupaciones a un representante de 4Cs. **Yo también entiendo y me comprometo a seguir todas las Pólizas y Procedimientos de ECES y que mis servicios subvencionados de cuidado de niños dependen de la disponibilidad de los fondos.** Yo declaro, bajo pena de perjurio, que le he dado a 4Cs la información correcta sobre mi elegibilidad y necesidad para los servicios de cuidado de niños.*

Nombre Escrito del Padre/Madre/Guardián

Firma del Padre/Madre/Guardián

Fecha

Yo le he entregado el Manual para Padres y las Reglas del Programa al padre que firma anteriormente y he estado disponible para contestar sus preguntas. Manual dado: Copia Digital Copia Física

Firma del/a Representante de 4Cs

Fecha



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

CONSENTIMIENTO DE PADRES PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACION

Yo, _____, autorizo para que usted pueda compartir la siguiente información acerca de mi familia y niño(s)/a(s), _____

Yo entiendo que el propósito de este intercambio de información es para permitir que las agencias trabajando con mi familia planeen y coordinen mis necesidades de cuidado de niños y servicios sociales, así como reunir los documentos e información que deben documentar en los archivos del cuidado de niños subvencionado por el Estado.

Yo autorizo el intercambio de información entre representantes del Concilio de Cuidado de Niños de la Comunidad del Condado de Sonoma (4Cs) y las siguientes agencias/individuos:

(Iniciales de los Padres):

- 1. Trabajador(a) de Departamento de Servicios Humanos del Condado de Sonoma _____
- 2. Proveedor(es) del Cuidado del Niños _____
- 3. Departamento de Servicios de Manutención de Niños _____
- 4. Empleador _____
- 5. Vacunas, archivos médicos e informes acerca de las necesidades especiales del niño/a _____
- 6. Archivos escolares del niño/a, incluyendo IEP y IFSP _____
- 7. Origen de la incapacidad o inhabilidad del padre/madre para cuidar a los niños _____
- 8. Estado familiar; incluyendo ingresos, trabajo, entretenimiento, miembros de la familia y estadísticas vitales _____
- 9. Archivos de la custodia o visitación, incluyendo órdenes de restricción actuales _____
- 10. Otro: _____

Este consentimiento es válido hasta la próxima recertificación o terminación del programa.

Padre/Madre/Guardián: _____ Fecha: _____

Padre/Madre/Guardián: _____ Fecha: _____



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

EVALUACIÓN DE NECESIDADES DE LA FAMILIA Y EL NIÑO/A

Fecha: _____ Padre/Madre/Guardián(es): _____

Teléfono Casa/Celular _____ Trabajo _____ Correo Electrónico _____

Cuál es la mejor forma de comunicarnos con usted? _____

Idioma primario: Inglés Español Otro: _____

Niño/a 1: _____ Edad: _____ Matriculado en un Programa de 4Cs

Niño/a 2: _____ Edad: _____ Matriculado en un Programa de 4Cs

Niño/a 3: _____ Edad: _____ Matriculado en un Programa de 4Cs

Niño/a 4: _____ Edad: _____ Matriculado en un Programa de 4Cs

Tiene usted alguna preocupación sobre su hijo/a(s) en cualquiera de las siguientes áreas?

Por favor marque cualquiera que aplique y el nombre del niño/a:

Oído _____ Desarrollo cognitivo/del aprendizaje _____

Visión _____ Habla _____

Habilidades motoras _____ Desarrollo del Comportamiento/Emocional _____

Desarrollo Social _____ Desarrollo Físico _____

Se ha comunicado usted, o está usted actualmente recibiendo servicios para algunas de sus preocupaciones, listadas anteriormente, de alguna de las siguientes agencias/organizaciones?

Por favor marque todas las que apliquen:

Servicios de Protección Infantil (CPS) North Bay Regional Center Doctor/otro Profesional médico

Early Learning Institute (ELI) SELPA Sonoma County Office of Ed (SCOE)

Otro _____ Teen Parent Connection Escuela

3. Alguno de sus hijos que van a estar matriculados en el programa de 4Cs tiene un:

a. Plan Individual de Servicios a la Familia (IFSP) Sí No

b. Plan Individual de Educación (IEP) Sí No

Si es así, por favor denos una copia del archivo de su hijo/a, para poder apoyar sus metas en el plan.

4. Por favor, marque si desea más información de cualquiera de los siguientes recursos de la comunidad:

Actividades para niños Vivienda y Protección para desamparados Niños con necesidades especiales

Recursos de emergencia Recursos de seguridad para niños Salud Mental/Consejería

Línea de Crisis Ayuda legal Apoyo para Educación & Familia

Ayuda financiera Tratamiento & Recuperación Otro: _____

Comida y Nutrición Servicios Médicos & Dentales

1. Su familia tiene seguro médico y dental? Sí No _____

2. Tiene alguna otra preocupación, o necesita otros recursos para usted, sus hijos, o su familia?

Recursos entregados: Guía de Recursos para Padres Guía de Recursos de la Comunidad Otro: _____

Fecha en que se dieron los recursos, si aplica: ____/____/____ Iniciales: _____



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

CUESTIONARIO DE ELEGIBILIDAD & NECESIDAD

Definiciones:

La "Familia" significa: los padres y los hijos, de los cuales, los padres son responsables, y que componen la familia en la cual viven los niños que reciben servicios. Para efectos de elegibilidad por ingresos y determinación del pago de familia, cuando un niño/a y sus hermanos/as viven en una familia que no incluye su padre/madre biológico/a o padre/madre adoptivo/a, se considera la "familia", el niño/a y sus hermanos/as. "Padre/Madre" es el padre/madre biológico/a, padre/madre adoptivo/a, padrastro/madrastra, padre/madre de crianza, pariente que cuida al niño/a, guardián legal, compañero/a doméstico/a del padre/madre, o cualquier otro adulto que viva con el niño/a y que tenga la responsabilidad del cuidado y bienestar del niño/a.

Por favor liste la composición de su familia, de acuerdo a las definiciones arriba mencionadas, incluyendo todos los niños que vivan en su casa, que sean menores de 18 años de edad:

1. Padre/Madre (ambos): _____

Nombre del Niño/a	Fecha de Nacimiento	Necesita Cuidado?	Nombre del Niño/a	Fecha de Nacimiento	Necesita Cuidado?
_____	__/__/__	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	__/__/__	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	__/__/__	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	__/__/__	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
_____	__/__/__	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	_____	__/__/__	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

(Las preguntas 2 y 4, no aplican para los programas de medio tiempo, de Pre escolares del Estado)

2. Cuanto tiempo para viajar, se necesita desde su lugar de empleo o entrenamiento vocacional, hasta y desde, el lugar de cuidado de niños? Hasta: _____ Desde: _____

3. Si uno de los padres tiene un turno de la noche o un horario de cambio constante entre las horas de 10:00p.m. y 6:00a.m., se necesita tiempo para dormir? Sí No

Si la respuesta a la pregunta anterior es Sí, cuánto tiempo se pide para dormir? _____

4. Para niños de edad escolar, por favor indique la escuela y su horario de clases:

Año escolar: _____

- Nino/a: _____ Escuela: _____ Horario: _____ Hora de Llegada: _____
- Nino/a: _____ Escuela: _____ Horario: _____ Hora de Llegada: _____
- Nino/a: _____ Escuela: _____ Horario: _____ Hora de Llegada: _____
- Nino/a: _____ Escuela: _____ Horario: _____ Hora de Llegada: _____

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

Firma del Padre/Madre y Fecha



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.*

Describa 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 ADMISIÓN—REPORTE DEL PADRE/MADRE

NOMBRE DEL NIÑO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE/PAREJA DOMÉSTICA DEL PADRE	¿VIVE EL PADRE/LA PAREJA DOMÉSTICA DEL PADRE EN EL HOGAR CON EL NIÑO?	
NOMBRE DE LA MADRE/PAREJA DOMÉSTICA DE LA MADRE	¿VIVE LA MADRE/LA PAREJA DOMÉSTICA DE LA MADRE EN EL HOGAR CON EL NIÑO?	
¿ESTÁ/HA ESTADO EL NIÑO BAJO LA SUPERVISIÓN REGULAR DE UN MÉDICO?	FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO/MÉDICO	

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

EMPEZÓ A CAMINAR A LOS*	EMPEZÓ A HABLAR A LOS*	SE LE EMPEZÓ A ENSEÑAR CÓMO 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"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁNTOS EN LOS ÚLTIMOS 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 QUÉ HORA SE LEVANTA EL NIÑO?*	¿A QUÉ HORA SE ACUESTA EL NIÑO?*	¿DUERME BIEN EL NIÑO?*
¿DUERME EL NIÑO DURANTE EL DÍA?*	¿CUÁNDO?*	¿POR CUÁNTO TIEMPO?*
PATRÓN DE DIETA: (¿Qué come el niño usualmente para estas comidas?)	DESAYUNO ALMUERZO CENA	¿CUÁLES SON LAS HORAS USUALES DE ESTAS COMIDAS? DESAYUNO _____ ALMUERZO _____ CENA _____

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

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

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

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

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

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

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

¿CUÁL ES EL PLAN PARA EL CUIDADO DEL NIÑO CUANDO ESTÉ ENFERMO?

RAZÓN PARA SOLICITAR LA COLOCACIÓN 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/DaP/ 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.