



CAPP Additional Child Packet

Main Office: 131-A Stony Circle, Suite 300, Santa Rosa, CA 95401 (707) 544-3077

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) 544-3077. 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 CAPP 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. ¡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 los formularios del 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.*

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 PARA LA ADMISIÓN - REPORTE DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO

NOMBRE DEL NIÑO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO (#1)		¿VIVE EN EL HOGAR CON EL NIÑO?
NOMBRE DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO (#2)		¿VIVE 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 PREVIAS — Marque las enfermedades que el niño ha tenido y especifique las fechas aproximadas de ellas:

	FECHAS		FECHAS		FECHAS
<input type="checkbox"/> Varicela <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Fiebre reumática <input type="checkbox"/> Fiebre del heno		<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Tos ferina <input type="checkbox"/> Paperas		<input type="checkbox"/> Poliomielitis <input type="checkbox"/> Sarampión de 10 días (<i>Rubeola</i>) <input type="checkbox"/> Sarampión de 3 días (<i>Rubella</i>)	

ESPECIFIQUE OTRAS ENFERMEDADES / ACCIDENTES SERIOS O GRAVES

¿TIENE EL NIÑO RESFRIADOS FRECUENTES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁNTOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	ANOTE CUALQUIER ALERGIA DE LA QUE EL PERSONAL DEBE ESTAR ENTERADO

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

¿A QUÉ HORA SE LEVANTA?*	¿A QUÉ HORA SE ACUESTA?*	¿DUERME BIEN?*	
¿DUERME DURANTE EL DÍA?*	¿CUÁNDO?*	¿POR CUÁNTO TIEMPO?*	
DIETA: (¿Qué suele comer el niño para estas comidas?)	DESAYUNO		
	ALMUERZO		
	CENA		
¿A QUÉ HORA SUELE COMER ESTAS COMIDAS?	DESAYUNO		
	ALMUERZO		
	CENA		
¿HAY ALIMENTOS QUE NO LE GUSTEN COMER?		¿TIENE ALGÚN PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN?	
¿SABE CÓMO IR AL BAÑO?*	SI DIJO «SÍ», ¿EN QUE ETAPA ESTÁ?*	¿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	
¿QUÉ TÉRMINO SE USA PARA «EVACUACIÓN INTESTINAL»?*		¿QUÉ TÉRMINO SE USA PARA «ORINAR»?*	

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

¿ESTÁ EL NIÑO ACTUALMENTE BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI DIJO «SÍ», NOMBRE DEL MÉDICO:	¿ESTÁ TOMANDO EL NIÑO MEDICAMENTO(S) RECETADO(S)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI DIJO «SÍ», ANOTE LA CLASE Y EFECTOS SECUNDARIOS:
¿USA EL NIÑO ALGÚN APARATO(S) ESPECIAL? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI DIJO «SÍ», ANOTE LA CLASE:	¿USA EL NIÑO ALGÚN APARATO(S) ESPECIAL EN SU HOGAR? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI DIJO «SÍ», ANOTE LA CLASE:

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

¿CÓMO CONVIVE EL NIÑO CON SU PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO, HERMANOS Y OTROS NIÑOS?

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

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

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

RAZÓN PARA SOLICITAR LA COLOCACIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO PARA EL CUIDADO DE NIÑOS

FIRMA DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO	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.