

FORMULARIO DE INFORMACION DEL MENOR

Requerido a partir del 8/1/2018

Apellido del Menor _____, Nombre _____ Segundo nombre _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Sexo del menor Masculino Femenino

Número del ID de MDCPS Sin ID de MDCPS

Escuela a la que asiste el menor _____

¿Es el niño/a competente en inglés? Sí No

Otros idiomas que se hablan en su hogar Español Haitiano-Creole Otro _____ Ninguno

Dirección _____ Ciudad _____ Código postal _____

Origen étnico del menor Hispano Haitiano Otro, por favor explique _____

Raza del menor Indio americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano
 Originario de las Islas del Pacífico Blanco Otro Multiracial

Grado escolar del menor

¿Tiene el menor seguro de salud (ej., seguro privado, KidCare, Medicaid)? Sí No
 (Si no tiene, The Children's Trust puede ayudarle a encontrar una cobertura económica—llame al 211 o visite www.thechildrenstrust.org/parents/health-connect/insurance)

Nombre completo del padre, madre o guardián del menor _____

Correo electrónico del padre, madre o guardián del menor _____

Teléfono principal del padre, madre o guardián

¿Es este un celular/teléfono móvil? Sí No

(The Children's Trust podría comunicarse con usted por correo, correo electrónico y/o texto para preguntarle acerca de su satisfacción con estos servicios, y para notificarle de otros programas financiados por The Children's Trust, iniciativas y eventos en los que podría estar interesado/a.)

Queremos conocer mejor a su hijo para poder brindarle la mejor experiencia posible en nuestros programas. Por favor, díganos más acerca de su niño(a)...

¿Cuáles son las principales formas en que se comunica su hijo(a)? (Marque todas las que apliquen)

- Habla y se le entiende fácilmente
- Habla, pero es difícil entenderle
- Usa dibujos o una pizarra para comunicarse
- Usa gestos o expresiones como señalar, halar, sonreír, fruncir el ceño/entrecejo o parpadear
- Usa lenguaje de señas
- Usa sonidos que no son palabras, como risa, llanto o gruñidos

¿Qué ayuda recibe su hijo(a) en este momento, si alguna? (Marque todas las que apliquen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Terapia o servicios de conducta | <input type="checkbox"/> Terapia física (PT) |
| <input type="checkbox"/> Consejería para problemas emocionales | <input type="checkbox"/> Servicios de educación especial en la escuela |
| <input type="checkbox"/> Medicación diaria (no incluye vitaminas) | <input type="checkbox"/> Terapia de habla/lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional (OT) | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |

¿Qué condiciones tiene su hijo(a) que se espera duren un año o más? (Marque todas las que apliquen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Desorden del espectro autista | <input type="checkbox"/> Discapacidad o impedimento físico |
| <input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo (si es menor de 5 años) | <input type="checkbox"/> Problemas de agresividad o de temperamento |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual o de desarrollo (mayor de 5 años) | <input type="checkbox"/> Problemas de atención e hiperactividad (ADHD) |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva o sordera | <input type="checkbox"/> Problemas de depresión o ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad del aprendizaje (si está en edad escolar) | <input type="checkbox"/> Condición del habla o del lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Condición médica o enfermedad | <input type="checkbox"/> Discapacidad visual o ceguera |
| | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |

Si marcó "Ninguna de las anteriores" en la pregunta anterior, omita las siguientes dos preguntas y firme la forma al final. Si marcó cualquier otra respuesta, por favor conteste las preguntas restantes y firme la forma.

¿Algunas de las condiciones marcadas arriba hacen que sea más difícil para su hijo(a) hacer cosas que otros niños de la misma edad pueden hacer? Sí No

Para respaldar la participación exitosa de su hijo(a) en este programa, ¿en qué áreas podría necesitar ayuda adicional? No necesita ayuda específica

- Sostener un crayón/lápiz, escribir, usar tijeras u otras tareas motoras finas
- Deportes o actividades físicas tales como correr u otras tareas motoras gruesas
- Controlar los sentimientos y la conducta
- Actividades académicas, de aprendizaje o de lectura
- Adaptar las actividades para tener en cuenta una discapacidad visual o auditiva
- Usar dispositivo(s) de asistencia como silla de ruedas, muletas, aparato ortopédico o andador
- Servicios personales como ayuda para comer, ir al baño o cambiarse de ropa
- Otro _____

Por favor díganos cualquier otra cosa que crea es importante que sepamos sobre su hijo(a)

Si está interesado(a) en otros servicios financiados por The Children's Trust, Por favor llame al 211 o visite www.thechildrenstrust.org. Si necesita encontrar ayuda para servicios especiales para su hijo/a, visite www.advocacynetwork.org o www.thechildrenstrust.org/cwd

Autorizo el envío de esta información a The Children's Trust para fines de calidad y evaluación del programa. The Children's Trust proporciona financiación para este programa.

FIRMA DEL PADRE, MADRE O GUARDIÁN _____ FECHA _____

SOLO PARA USO DEL PERSONAL (INFORMACIÓN INDISPENSABLE)

ORGANIZACIÓN: _____ ESTABLECIMIENTO (SITE): _____

MIEMBRO DE GRUPOS DE PRIORIDAD (marcar todas las que apliquen): Dep Syst Delin Syst



AUTORIZACION PARA FOTOGRAFIA/VIDEO

Yo, _____, el padre o guardián de _____, autorizo y doy por este medio consentimiento al personal de The Children's Trust del Condado Miami-Dade y/o los proveedores de servicios que financia, de la siguiente manera:

Yo por la presente:

otorgo permiso y autorizo no otorgo permiso ni autorizo

al personal de The Children's Trust del Condado Miami-Dade y/o los proveedores de servicios que financia, a tomar y a usar fotografías corrientes, fotografías digitales, películas, transmisiones de televisión, y/o a hacer grabaciones ("grabaciones" de aquí en adelante) de mí, de mis niños, o de mis dependientes con fines educativos, de investigación, documentales, y con el propósito de relaciones públicas.

Firma del Padre o Guardián

Firma del Testigo

Fecha

Fecha

Cualquier grabación puede revelar su identidad a través de la imagen por sí misma, sin esperar ninguna remuneración para usted, sus hijos o niños en su custodia.

Cualquiera de y todas las grabaciones tomadas de usted, sus hijos o niños en su custodia serán la propiedad única de The Children's Trust y de sus programas financiados.

Con respecto al uso de cualquier grabación tomada de usted, de sus hijos o de niños en su custodia, usted renuncia por este medio a cualesquiera y a todas las demandas presentes y futuras que pueda tener contra The Children's Trust del Condado Miami-Dade, su personal, los proveedores de servicios que financia, empleados, agentes afiliados y miembros de la junta directiva.

Durante la sesión legislativa del 2009, fue aprobada una nueva ley que requiere que los centros de cuidado infantil, hogares de familiares para el cuidado infantil diurno y hogares de familias grandes para el cuidado infantil les proporcionen a los padres la información detallando las causas, síntomas, y transmisión del virus de la influenza (la gripe) cada año durante Agosto y Septiembre.

Mi firma más abajo verifica acuse de recibo del folleto sobre el Virus de la Influenza, La Gripe, Una Guía Para Los Padres:

Nombre: _____

Nombre del Niño: _____

Fecha de Recibo: _____

Firma: _____

Por favor complete y regrese esta porción del folleto a su proveedor de cuidado infantil, para que ellos lo puedan conservar en sus archivos.



¿Qué debo hacer si mi hijo se enferma?

Consulte con su médico y asegúrese de que su hijo obtenga suficiente descanso y que beba muchos líquidos. No le dé nunca aspirina, o medicinas que contengan aspirina, a niños o adolescentes que puedan tener la gripe.

LLAME O LLEVE A SU HIJO AL MÉDICO INMEDIATAMENTE SI SU HIJO:

- Tiene una fiebre alta o una fiebre que dure un largo tiempo
- Tiene problemas para respirar o respira rápido
- Tiene la piel que luce azul
- No está bebiendo lo suficiente
- Parece estar confundido, no se despierta, no quiere ser tenido en brazos, o tiene convulsiones (se sacude sin control)
- Se mejora, pero luego se pone peor otra vez
- Padece de otras condiciones (como enfermedades del corazón o de los pulmones, diabetes) que se ponen peor



¿Cómo puedo proteger a mi hijo de la gripe?

Una vacuna contra la gripe es la mejor manera de protegerlo contra la gripe. Como el virus de la gripe cambia año tras año, se recomienda la vacunación anual contra la gripe. El CDC (Centros de Control y Prevención de Enfermedades) recomienda que todas los niños desde la edad de 6 meses hasta su 19no. cumpleaños reciban la vacuna de la gripe cada otoño o invierno (los niños que reciban la vacuna por primera vez requieren dos dosis). Usted también puede proteger a su niño recibiendo Usted mismo la vacuna de la gripe.

¿Qué puedo hacer para prevenir la transmisión de gérmenes?

La manera principal en que se propaga la gripe es en las gotitas respiratorias que se producen al toser o estornudar. Esto puede suceder cuando las gotitas de la tos o un estornudo de una persona infectada son propulsadas a través del aire e infectan a alguien cercano. Aunque es mucho menos frecuente, la gripe también se puede transmitir a través de contacto indirecto con manos contaminadas y artículos ensuciados por las secreciones de la garganta y nariz. Para prevenir la transmisión de gérmenes:

- Lávese las manos a menudo con agua y jabón.
- Cúbrase la boca /nariz mientras tose o estornuda. Si Usted no tiene un pañuelo desechable, tosa o estornude en la parte superior de la manga, no en sus manos.
- Limite el contacto con personas que muestren señales de enfermedad.
- Mantenga sus manos alejadas de su rostro. Los gérmenes a menudo se transmiten cuando una persona toca algo que está contaminado con gérmenes y luego se toca sus ojos, nariz, o boca.



¿Cuándo debe quedarse mi niño en casa de la guardería infantil?

Una persona puede ser contagiosa y capaz de transmitir el virus desde 1 día antes de mostrar síntomas hasta 5 días después de enfermarse. El período de tiempo puede ser mayor en niños o personas que no combaten bien las enfermedades (personas con sistemas inmunes débiles). Cuando esté enfermo, su hijo debe quedarse en casa para descansar y evitar transmitirle la gripe a otros niños y no debe regresar a la guardería infantil o a otro ambiente de grupo hasta que la temperatura de él o ella haya estado normal y haya estado libre de síntomas y signos por un período de 24 horas.

Para más información útil adicional acerca de los peligros de la gripe y de cómo proteger a su hijo, por favor visite: <http://www.cdc.gov/flu/> or <http://www.immunizeflorida.org/>

¿Qué es el virus de la influenza (gripe)?

La influenza ("la gripe") es causada por un virus que infecta la nariz, la garganta, y los pulmones. De acuerdo al Centro de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), la gripe es más peligrosa para los niños que el resfrío común. Distinto al resfrío común, la gripe puede causar enfermedad severa y complicaciones que ponen en riesgo la vida a muchas personas. Los niños menores



de 5 años de edad que tienen la gripe suelen necesitar atenciones médicas. Las complicaciones severas de la gripe son más comunes en niños menores de 2 años de edad. La temporada de la gripe puede iniciar tan temprano como el mes de Octubre y durar hasta tan tarde como Mayo.

¿Cómo puedo saber si mi hijo tiene un resfrío, o si tiene la gripe?

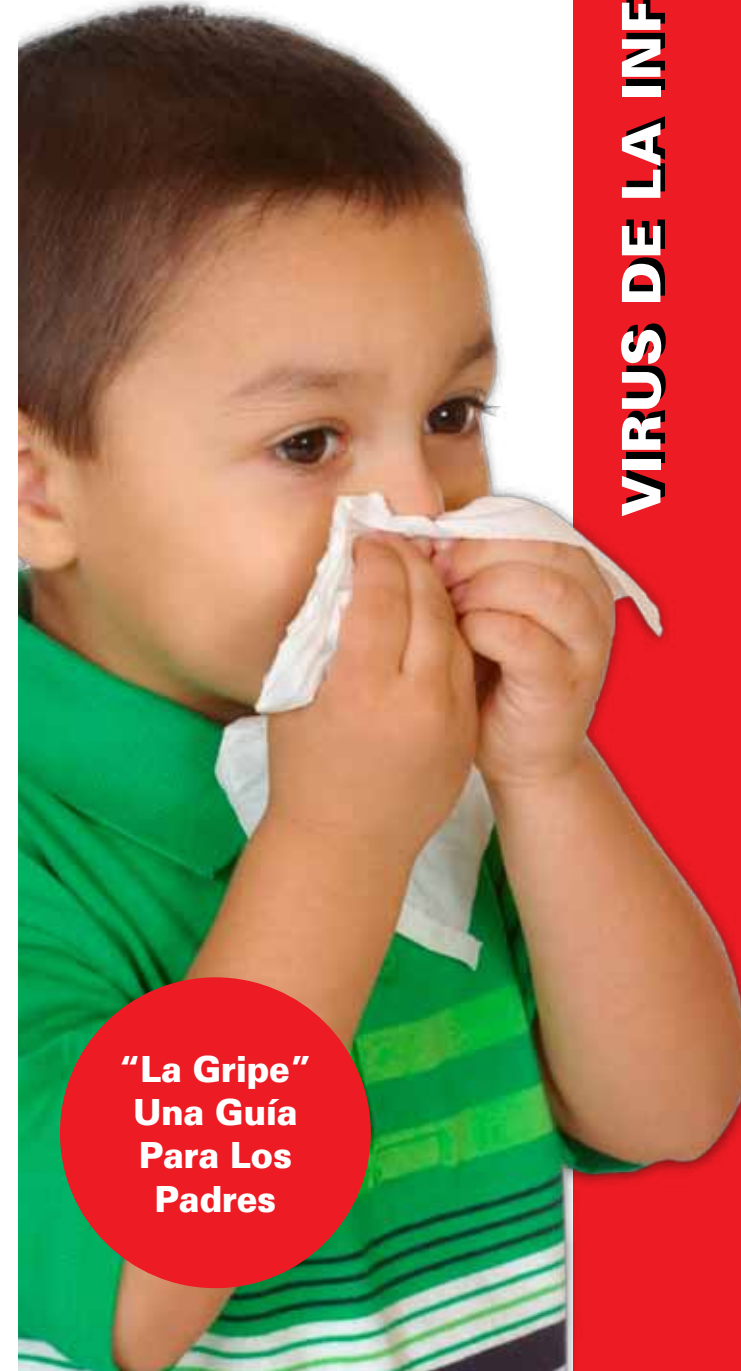
La mayoría de las personas con la gripe se sienten cansadas y tienen fiebre, dolor de cabeza, tos seca, dolor de garganta, nariz congestionada o nariz con secreciones, y músculos adoloridos. Algunas personas, en especial niños, pueden también tener problemas estomacales y diarrea. Como la gripe y el resfrío común tienen síntomas similares, puede ser difícil diferenciarlos en base a sólo los síntomas. En general, la gripe es peor que el resfriado común, y los síntomas tales como la fiebre, los dolores corporales, la fatiga extrema, y la tos seca son más comunes e intensos. Las personas con resfríos más comúnmente tienen secreciones nasales o congestión nasal. Los resfríos generalmente no resultan en problemas de salud serios, tales como neumonía, infecciones bacterianas, u hospitalizaciones.



Para información adicional, por favor visite www.myflorida.com/childcare www.myflorida.com/childcare o:

CF/PI 175-70, June 2009

Este folleto fue creado por el Departamento de Niños y Familias en consulta con el Departamento de Salud.



VIRUS DE LA INFLUENZA

**"La Gripe"
Una Guía
Para Los
Padres**



State of Florida
Department of Children and Families
CHILD CARE APPLICATION FOR ENROLLMENT

Student Information: Date of Birth: Sex: Date of Enrollment:

Full Name: Last First Middle Nickname

Child's Physical Address:

Primary Hours of Care: From To

Days of the Week in Care: M T W Th F Sa Su

Meals Typically Served While in Care: Breakfast AM Snack Lunch PM Snack Supper

Family Information: Child Lives With:

Parent/Guardian Name: Parent/Guardian Name:

Address: Address:

Home Phone: Home Phone:

Employer: Employer:

Address: Address:

Work Phone: /Cell: Work Phone: /Cell:

Relationship to the child: Relationship to the child:

Custody: Mother Father Both Other

Medical Information:

I hereby grant permission for the staff of this facility to contact the following medical personnel to obtain emergency medical care if warranted.

Doctor: Address: Phone:

Doctor: Address: Phone:

Dentist: Address: Phone:

Hospital Preference:

Please list allergies, special medical or dietary needs, or other areas of concern:

Emergency Care Plan instructions including symptoms, medication, and notification in the event of an actual emergency (if applicable):

Emergency Contacts:

Child will be released only to the custodial parent(s) or legal guardian(s) and the persons listed below. The following people will also be contacted and are authorized to remove the child from the facility in case of illness, accident or emergency, if for some reason, the custodial parent(s) or legal guardian(s) cannot be reached:

| | | | |
|------|---------|-------|------------|
| Name | Address | Work# | Cell/Home# |
| Name | Address | Work# | Cell/Home# |
| Name | Address | Work# | Cell/Home# |
| Name | Address | Work# | Cell/Home# |

Helpful Information About Child:

- Sections 7.1 and 7.2, of the Child Care Facility Handbook, require a current physical examination (Form 3040) and immunization record (Form 680 or 681) within 30 days of enrollment.
- Section 7.3, of the Child Care Facility Handbook, requires that parents receive a copy of the Child Care Facility Brochure, "Know Your Child Care Facility" (CF/PI 175-24), **or**
- Section 8.3, of the Family Day Care Home/ Large Family Child Care Home Handbook, requires that parent(s) receive a copy of the family day care home brochure, "Selecting A Family Day Care Home Provider" (CF/PI 175-28).
- Section 7.3, C.3 of the Child Care Facility Handbook, requires that parents are provided food and nutrition policies used by the child care facility.
- Section 2.8, of the Child Care Facility Handbook, requires that parents are notified in writing of the disciplinary and expulsion policies used by the child care facility, **or**
- Section 2.3, of the Family Day Care Home/ Large Family Child Care Home Handbook, requires that parents are notified in writing of the disciplinary and expulsion policies used by the family day care provider.

Your signature below indicates that you have received the above items and that the information on this enrollment form is complete and accurate. I hereby grant permission for the staff of this facility to have access to my child's records.

Signature of Parent/Guardian

Date



The Advocacy Network on Disabilities

“Conóceme Mejor”

Nombre del Niño/a: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Queremos conocer mejor a su niño/a y así poder ofrecerle una mejor experiencia educativa. Nadie conoce a su niño/a mejor que usted, cuéntenos más acerca de él/ella.

1. Queremos saber cuáles son los juguetes/actividades favoritos/menos favoritos de su niño/a:

Favoritos

Menos Favoritos

2. ¿Qué cosas calman y alteran a su niño/a?

Calman

Alteran

3. ¿Cómo se comunica su niño/a?

Verbalmente

Lenguaje de Señas Americano

Con aparatos de comunicación (imágenes, etc.)

A través de gestos (señalando, cabeceando, etc.)

Con vocalizaciones

Otros (especifique) _____

4. ¿Cuáles servicios recibe su niño/a?

Terapia del Habla/Lenguaje

Terapia de Comportamiento

Terapia Física

Consejería-Salud Mental

Terapia Ocupacional

Ninguna

¿Podemos contactar a su proveedor de servicios para apoyar mejor a su hijo? Sí No (Un formulario firmado con autorización es necesario)

5. ¿Necesita su niño/a asistencia de algún equipo? (ej.: Aparatos ortopédicos para caminar, silla de ruedas, aparatos de comunicación, insulina, nebulizador) Sí No En caso afirmativo, por favor describa: _____

6. ¿Usted sospecha que su niño/a tiene algún problema visual o auditivo? Sí No
En caso afirmativo, por favor describa: _____

7. ¿Qué afirmación describe mejor la capacidad de su niño/a para poder cambiar de una actividad a otra?

Se mueve fácilmente independiente

Necesita ayuda o apoyos para poder moverse

Por favor describa: _____

8. ¿Cómo y donde juega/interactúa su niño/a mejor?

Independiente

Con otro niño/a

Grupo pequeño

Grupo grande

Adentro

Afuera

Con adultos

Comentarios adicionales: _____



The Advocacy
Network on
Disabilities

“Conóceme Mejor”

Nombre del Niño/a: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

9. ¿Le molesta alguna de estas cosas a su niño/a?

- Ruido Ciertas texturas (arena, agua, etc.) Luces Contacto físico (abrazos)
 Olores Otros _____

10. ¿Su niño/a tiene tendencia de correr o tratar de escaparse? Sí No

¿Si la respuesta es sí, que situaciones preceden este comportamiento? _____

11. ¿Su niño/a es capaz de hacer las siguientes actividades por sí mismo?

- | | | | | | |
|--------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Uso del baño | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Caminar/movilizarse | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Comer | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | Lavarse sus manos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Si la respuesta es no para alguna actividad, por favor explique qué asistencia necesita: _____

12. ¿Su niño/a toma alguna medicina? Sí No

¿Hay efectos secundarios al tomar estos medicamentos? _____

¿Hay algo más que quiera compartir acerca de su niño/a? (alergias, dieta, convulsiones, sangramiento de nariz, etc.)
