



Condado de Miami-Dade

Departamento de Acción Comunitaria y Servicios Humanos

División para Programas Head Start/Early Head Start

Formulario de consentimientos y permisos



Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Consentimiento para las evaluaciones:**

- Visión
- Audición
- Desarrollo y comportamiento
- Habla
- Altura y peso
- Presión arterial
- Estudios de detección de plomo
- Salud oral/dental
- Observaciones en el aula
- Otros:
- Especifique \_\_\_\_\_

**Iniciales de los padres**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Otros permisos/aprobaciones:**

- Compartir los expedientes médicos con el sistema escolar y otros proveedores contratados
- Acompañar a la clase en las excursiones
- Para que mi hijo aparezca en una foto de su clase o durante una actividad de su clase
- Consentimiento para recibir atención médica/dental/de emergencia
- Tratamiento de primeros auxilios para lesiones menores
- Consentimiento para la vacunación
- Ayuda voluntaria en el aula del programa "Abuelos Adoptivos" del CAHSD u otros voluntarios aprobados

**Iniciales de los padres**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Consentimientos para la inscripción y firmas para los permisos**

Por medio de la presente, autorizo al Programa Head Start / Early Head Start para que proporcione los servicios antes mencionados. Entiendo que al poner mis iniciales, doy mi autorización para recibir los servicios específicos.

Firma del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre del padre / tutor en letra de molde: \_\_\_\_\_

Firma del miembro del personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nombre del miembro del personal en letra de molde: \_\_\_\_\_



**Condado de Miami-Dade**  
**Departamento de Acción Comunitaria y Servicios Humanos**  
**División para Programas *Head Start/Early Head Start***  
**Inscripción - Formulario de historial alimenticio**



Fecha en que se llenó: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Entrevistador / miembro del personal: \_\_\_\_\_ Padre entrevistado: \_\_\_\_\_

**A. Bebés:**

Número de comidas (cuántas veces al día): \_\_\_\_|\_\_\_\_| Cantidad consumida en 24 horas: \_\_\_\_|\_\_\_\_| onzas

Tipo de leche:\*  Fórmula: \_\_\_\_\_  Materna  Leche  Otra: especifique \_\_\_\_\_

**\* El programa *Head Start* del Departamento de Acción Comunitaria y Servicios Humanos del Condado de Miami-Dade participa en el Programa de Alimentos para el Cuidado del Niño y proporcionará la fórmula anteriormente mencionada.**

Método de alimentación:  Lactancia materna  Biberón  Otro: especifique \_\_\_\_\_

**B. Niños pequeños:**

Número de comidas (cuántas veces al día): \_\_\_\_|\_\_\_\_| ¿A qué edad comenzó el niño a hacer cada una de las siguientes cosas?

Comer alimentos sólidos: \_\_\_\_|\_\_\_\_| meses Beber de una taza: \_\_\_\_|\_\_\_\_| meses Comer solo: \_\_\_\_|\_\_\_\_| meses

Comidas favoritas: \_\_\_\_\_

Comidas menos favoritas: \_\_\_\_\_

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	
¿Su hijo toma suplementos vitamínicos / minerales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De ser así, ¿qué tipo? _____
¿Los suplementos fueron prescritos por el médico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿El suplemento contiene minerales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De ser así, ¿cuáles minerales? _____
*¿Hay alimentos que su hijo no puede comer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De ser así, ¿cuáles? _____
*¿Qué sucede si consume esos alimentos?			_____
*¿Su hijo necesita una dieta especial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De ser así, ¿qué tipo? _____
*¿Su hijo come otra cosa que no sea alimento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De ser así, ¿cuál? _____
* ¿Hay alimentos que usted no quiere que su hijo consuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De ser así, ¿cuáles alimentos? _____
*¿Hay alimentos prohibidos por razones religiosas o personales?			Por favor, indique: _____
*¿A su hijo se le dificulta masticar o tragar?			Por favor, indique: _____
*¿Su hijo tiene problemas de estreñimiento o diarrea?			Por favor, indique: _____

**Frecuencia de alimentación (diaria):**

- ¿Con qué frecuencia consume su hijo leche, queso y yogurt? \_\_\_\_\_
- ¿Con qué frecuencia consume su hijo carne, pollo, pescado, huevos, legumbres, nueces? \_\_\_\_\_
- ¿Con qué frecuencia consume su hijo arroz, granos, cereal, tortillas? \_\_\_\_\_
- ¿Con qué frecuencia consume su hijo vegetales de color verde, amarillo o naranja? \_\_\_\_\_
- ¿Con qué frecuencia consume su hijo frutas y jugos de fruta? \_\_\_\_\_
- ¿Con qué frecuencia consume su hijo aceite, mantequilla/margarina, grasas? \_\_\_\_\_
- ¿Con qué frecuencia consume su hijo pasteles, galletas, bebidas gaseosas, dulces? \_\_\_\_\_

**Firma del Padre:** \_\_\_\_\_ **Firma del Entrevistador:** \_\_\_\_\_



**Condado de Miami-Dade**  
**Departamento de Acción Comunitaria y Servicios Humanos**  
**División para Programas *Head Start/Early Head Start***



**EMERGENCIA MÉDICA/DENTAL**  
**CONSENTIMIENTO PARA EL MENOR**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección particular: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Centro de atención infantil: \_\_\_\_\_

¿Con cuál de los padres vive el niño? \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

- |  | <b>SÍ</b>                | <b>NO</b>                |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿En la actualidad, el niño se encuentra bajo el cuidado de un médico, o está tomando algún medicamento?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha presentado el niño sangramientos prolongados?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿El niño ha recibido tratamiento por problemas de corazón, diabetes, asma, epilepsia, fiebre reumática, tuberculosis, sífilis, enfermedad renal, o problemas hepáticos (hepatitis) o cualquier problema de inmunodeficiencia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿El niño ha presentado alguna reacción alérgica a la aspirina, novocaína, penicilina o cualquier otra medicina (es decir, erupción cutánea, picazón o desmayo)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Ha recibido el niño tiene tratamientos médicos o dentales anteriormente?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿El niño padece anemia?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿En la actualidad el niño se encuentra en buen estado de salud?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Solicito que el niño nombrado en este formulario reciba atención médica / dental de emergencia, según lo indicado por un profesional competente con licencia. Asimismo, autorizo sin reservas al profesional de la salud para que proporcione la evaluación y examen, y al programa *Head Start* para que transporte a mi hijo hacia estos servicios y desde ellos, según sea necesario. Entiendo que los servicios prestados son considerados necesarias o convenientes por parte de profesionales competentes con licencia. Se me informará cualquier evaluación profesional adicional que requiera consentimiento para brindar procedimientos de diagnóstico o tratamiento de un problema médico o dental específico.

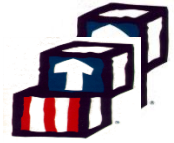
\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Nota: Este formulario será válido mientras la inscripción del niño en el programa *Head Start / Early Head Start* se encuentre vigente.**



## FORMULARIO DE ACUERDO DE LOS PADRES

**ESTOY DE ACUERDO EN:**

- |  | <u>SÍ</u>                | <u>NO</u>                |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Proporcionar prueba de edad, examen físico, vacunas, examen dental, hemoglobina o hematocrito y detección de plomo de mi hijo, y mantener actualizada toda esta información durante mi participación en el programa.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Cumplir las normas según lo descrito en la publicación, <b><u>Know Your Child Care Center.</u></b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Permitir que las fotos de mi hijo se utilicen en periódicos, pantallas, tableros de anuncios, publicaciones educativas, películas y presentaciones de televisión en relación con actividades educativas, de formación y de contratación de personal.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Asistir a las reuniones del comité de padres programadas regularmente. Brindaré además mi tiempo y servicios al programa de manera voluntaria, con la regularidad que me sea posible.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Acompañar a mi hijo, como padre, en sus visitas a sus proveedores de atención médica / dental, de ser necesario.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Que mi hijo acompañe a su clase en las excursiones programadas.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Que mi hijo asista todos los días que pueda hacerlo. Me pondré en contacto con el centro cuando mi hijo no pueda asistir.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Mantener a mi hijo en casa cada vez que él o ella padezca una enfermedad contagiosa, o por recomendación de la División <i>Head Start / Early Head Start</i> del Departamento de Acción Comunitaria y Servicios Humanos, del personal de la Agencia Delegada o los proveedores de servicios de salud. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Permitir que el personal de <i>Head Start / Early Head Start</i> haga visitas a domicilio durante el año escolar, a mi conveniencia.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Que si mi hijo está inscrito en un programa <i>H.M.O./Medipass</i> , yo seré responsable de garantizar que todos los servicios de salud requeridos estén completos y de devolver una copia del resultado al programa <i>Head Start</i> .   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A mi mejor saber y entender, la información contenida en este formulario es correcta. Entiendo que en caso de que la información no sea correcta, tales como: dirección, número de teléfono y/o tamaño de la familia, estoy obligado a notificar de inmediato al programa. Entiendo que estos registros son confidenciales y que sólo las personas que trabajan directamente con mi hijo o mi familia tendrán acceso a ellos. No se entregará ningún registro a ninguna otra agencia sin una autorización por escrito del padre o guardián.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro del personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**ORIGINAL:** Para el padre

**COPIA:** Carpeta



**Condado de Miami-Dade**  
Departamento de Acción Comunitaria y Servicios Humanos  
División de Programas *Head Start/Early Head Start*



**Prácticas disciplinarias incluyendo procedimientos de apoyo a las conductas positivas de conformidad con la Sección 402.305 (12) Capítulo 65C-22 de los Estatutos de la Florida**

Lo siguiente proporciona orientación a todo el personal del programa *Head Start / Early Head Start* del Departamento de Acción Comunitaria y de Servicios Humanos (CAHSD, por sus siglas en inglés), a los voluntarios y proveedores en cuanto a la exigencia de **apoyo al comportamiento positivo** y la definición de métodos de **disciplina aceptables** de conformidad con el **Estado de la Florida**. El programa proporcionará a todos los niños apoyo para un comportamiento positivo que sea propicio para el desarrollo de **competencias sociales en los niños pequeños** en el ambiente estudiantil. Proporciona la seguridad y el bienestar de todos los niños y el personal.

1. El personal del programa *Head Start/Early Head Start* de CAHSD proporcionará a todos los niños apoyo para un **comportamiento positivo** que sea propicio para el desarrollo de competencias sociales en un entorno que brinde seguridad a todos los niños y al personal, y en un ambiente estudiantil donde se optimicen las oportunidades de aprendizaje. **Los niños no deben ser sometidos a disciplinas severas, humillantes, amenazantes o alarmantes.** Los niños no deben ser avergonzados, ridiculizados ni tratados verbalmente con dureza, de forma abusiva o con malas palabras. Además, **los azotes o cualquier otra forma de castigo físico están prohibidos.**
2. Todos los días, y al comienzo del año del programa, el personal enseñará directamente a los niños las reglas del aula, las expectativas y los requisitos de comportamiento, y las reforzará a lo largo del día y el año. Toda solicitud dirigida a los niños se hará de manera positiva, reconociendo y elogiando eficazmente el comportamiento apropiado. **La redirección** es el primer método a utilizar cuando un niño comienza a mostrar un comportamiento inapropiado. Los niños **no se pueden aislar usando "castigos"** o técnicas similares **que les impidan** participar en las **actividades y rutinas** programadas. En el caso de niños que presentan conductas más agresivas y problemáticas, el personal se reunirá con los **padres** para desarrollar un **plan formal individualizado** a fin de hacer frente a las conductas del niño, centrándose en esfuerzos conjuntos del personal para identificar y **reforzar las conductas apropiadas** para el niño, cuando se presenten.
3. El personal debe **observar y documentar las situaciones** que desencadenan un comportamiento inadecuado, anticipar el comportamiento y contar con un **plan** para afrontar estas situaciones antes de que ocurran. El personal del programa *Head Start / Early Head Start* del CAHSD identificará a los niños que hayan demostrado comportamientos potencialmente negativos o difíciles en el aula o en la casa. Mediante observaciones documentadas, y en colaboración con los **padres**, el personal desarrollará estrategias que permitan que las **necesidades individuales** del niño encuentren formas socialmente aceptables a través de las cuales el niño pueda obtener o eliminar los factores causales de los comportamientos desafiantes, y brinden apoyo positivo a los comportamientos productivos que vayan surgiendo. **Las prácticas disciplinarias del programa nunca se asociarán con la alimentación, el descanso o ir al baño.**
4. Los voluntarios y los proveedores del programa *Head Start / Early Head Start* del CAHSD, **no participarán en las restricciones físicas** de ningún niño, a menos que exista un peligro real y latente de daño grave para el niño, otros niños o el personal. Cuando se haga uso de estas restricciones, es necesario presentar inmediatamente un informe completo acerca del incidente y de las medidas adoptadas al Director del Programa, al Director del Centro y a la administración del concesionario.
5. A los niños **no se les permitirá** intimidar o hacer daño a otros, hacerse daño ellos mismos o destruir la propiedad. Si un niño tiene dificultades serias para mantener el autocontrol, intente sacarlo de la sala. Si él o ella no quiere salir, entonces aleje al grupo del niño. Para estos niños se deberán programar consultas y la planeación de equipo.

Reconozco que me han explicado las **prácticas disciplinarias anteriormente mencionadas, incluyendo los procedimientos de apoyo a conductas positivas** y que me han entregado una copia de este documento.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro del personal

\_\_\_\_\_  
Fecha

*Original-padre/copia-carpeta*