

EXPEDIENTE GENERAL Y DECLARACIÓN DE SALUD DEL NIÑO/A PARA SU INGRESO A UNA GUARDERÍA INFANTIL

Este formulario debe completarse para cada niño/a en el momento de la matrícula en una guardería infantil. Cuando haya cambios, debe ser actualizado según sea necesario y debe guardarse en los archivos del centro.

INFORMACIÓN GENERAL: (a completar por el padre/ madre o tutor)

Nombre del Centro: My Amigos Centro de Educación Bilingüe Condado: Lexington

Dirección: 132 St Davids Church Road, West Columbia, SC 29170
Calle y número – no se permite usar la dirección de un apartado postal Ciudad, Estado, Código Postal

Nombre del Niño/a: _____
Apellido Nombre Inicial del Segundo Nombre Apodo

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Matrícula: _____

Dirección Actual del Niño/a: _____
Calle y Número Ciudad, Estado, Código Postal

Nombre Completo del Padre/Madre o Tutor: _____

Teléfono de la Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Otro Teléfono: _____

Nombre Completo del Padre/Madre o Tutor: _____

Teléfono de la Casa: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Otro Teléfono: _____

Es necesario que haya dos personas autorizadas para obtener tratamiento médico de emergencia para el niño.

1. Persona responsable si el padre/madre o tutor no está disponible para obtener servicios médicos de emergencia:

Nombre Completo Parentesco

Dirección: _____
Calle y Número Ciudad, Estado, Código Postal

Número(s) de Teléfono: _____ Contraseña(s) de la Familia: _____

2. Persona responsable si el padre/madre o tutor no está disponible para obtener servicios médicos de emergencia:

Nombre Completo Parentesco

Dirección: _____
Número y Calle Ciudad, Estado, Código Postal

Número(s) de Teléfono: _____ Contraseña(s) de la Familia: _____

¿Actualmente asiste el niño/a la escuela? (Un kinder para niños de 5 años hasta los 6 años) Sí No

Mi niño asistirá con regularidad a este centro **DESDE** las 7:30AM de la mañana/tarde **HASTA** las 5:30PM de la mañana/tarde

Si el niño no va a asistir con regularidad, anote las horas de cuidado: **DESDE** las 7:30AM de la mañana/tarde **HASTA** las 5:30PM de la mañana/tarde

Marque todos los días en que el niño asistirá con regularidad a este centro:

Lun Mar Mier Jue Vier Sab Dom

Marque todas las comidas que el niño va a recibir diariamente: No se ofrecen comidas Desayuno

Merienda a Media Mañana Almuerzo Merienda de la Tarde Cena Merienda Después de la Cena

INFORMACIÓN DE SALUD: (a completar por el padre/madre o tutor)

Médico Familiar o Recurso de Salud: _____
Nombre

Calle y Número Ciudad, Estado, Código Postal N° de Teléfono

Proveedor de Servicios Médicos de Emergencia: _____
Nombre del Centro de Servicios Médicos de Emergencia

Calle y Número Ciudad, Estado, Código Postal N° de Teléfono

Proveedor de Cuidado Dental: _____
Nombre

Calle y Número Ciudad, Estado, Código Postal N° de Teléfono

Proveedor de Seguro Médico: _____

Certificado de Inmunizaciones: Sí No N/A Explique, por favor: _____

Mi hijo tiene las siguientes condiciones médicas tales como alergias, asma, diabetes, epilepsia, etc. y/o toma con regularidad los siguientes medicamentos:

Comentarios Adicionales: _____

Yo certifico que según mi leal saber y entender _____
Nombre del Niño/a

goza de buena salud mental y física y es capaz de participar en el programa de cuidado infantil en

My Amigos Centro de Educación Bilingüe
Nombre de la Guardería Infantil

Firma: _____ Fecha: _____
Padre/Madre o Tutor

Firma: _____ Fecha: _____
Director/operador o Empleado Designado

Inscripción

Nombre completo del Niño(a):			
Como prefiere que se le llame:		S.S #:	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy):		

Nombre del Padre:			
Dirección:		Ciudad:	Código postal :
Teléfono (Casa):		Teléfono (Celular):	
Empresa donde trabaja:		Teléfono (Trabajo):	
Dirección electrónica (email):			

Nombre de la Madre:			
Dirección:		Ciudad:	Código postal :
Teléfono (Casa):		Teléfono (Celular):	
Empresa donde trabaja:		Teléfono (Trabajo):	
Dirección electrónica (email):			

Nombre del tutor legal:			
Dirección:		Ciudad:	Código postal :
Teléfono (Casa):		Teléfono (Celular):	
Empresa donde trabaja:		Teléfono (Trabajo):	
Dirección electrónica (email):			

El niño(a) vive con:	<input type="checkbox"/> Ambos	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Otro familiar
Datos especiales ?	Ejemplo: Custodia compartida, adoptado, perdió a los padres o un familiar			
Cuantos niños hay en la familia?				

Qué idioma primario habla el niño(a):	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otra _____
Qué idioma hablan en la casa:	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otra _____

Es miembro de St. David o Cristo Rey	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
--------------------------------------	---

Entiendo que los pagos de matrícula se deben pagar la semana antes de recibir el servicio.	Iniciales del nombre: _____
--	--------------------------------

Desea información sobre ayuda financiera?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
---	---

Entiendo que el niño no tiene cupo en este programa hasta que pague la inscripción	Iniciales del nombre: _____
--	--------------------------------

Donde escuchó de nuestra programa? <input type="checkbox"/> Amigo/Colega <input type="checkbox"/> Página Web <input type="checkbox"/> Aviso de afuera <input type="checkbox"/> DSS/ABC Quality <input type="checkbox"/> Un evento de la comunidad <input type="checkbox"/> Otra forma
--

Firma (Padre / Personal legal):	Fecha:
---------------------------------	--------



Autorización para Recoger al Niño

Nombre del niño: _____

Por favor, alista alguien que no sea la madre, el padre, o el tutor legal quien está autorizado para recoger a su hijo (debe tener 16 años de edad). Hay que completar todos los campos, y debe proporcionar un documento de identificación o no se liberará a su hijo.

Nombre	Dirección	Número de teléfono	Número de identificación*
1.			
2.			
3.			
4.			

*Número de identificación de una válida licencia de conducir, pasaporte, y identificación con foto

Palabras claves de la familia*: _____

*Palabras claves proporcionan verificación que un individuo es conocido y de confianza tanto como actuar como una herramienta de seguridad en situaciones peligrosas o inquietantes. Una palabra clave de la familia debe ser fácil de recordar y difícil de adivinar, los dos para niños y adultos. Por ejemplo, el nombre de una mascota familiar, como Gato, o una merienda favorito, como Palomitas, o destino de vacación favorito, como Florida.

Por favor, informe a los individuos autorizados a recoger a su hijo que se requiere que demuestran una identificación oficial válida con foto, conocen la palabra clave de la familia, y también tienen su propio PIN de ProCare para recoger a su hijo.

Firma de padre o tutor: _____ Fecha: _____

Liberación de ingreso/salida de ProCare

Para la salud, la seguridad, y la protección de su hijo, y de conformidad con las regulaciones del estado, SOLOMENTE la(s) persona(s) quien aparece en su formulario de autorización puede firmar para el ingreso o la salida de su hijo. Se requiere que él o ella introduce su PIN personal de ProCare producido por My Amigos Centro de Educación Bilingüe y entonces proporciona toda su firma legal en cada entrega o recojo. Pedimos disculpas por cualquiera inconveniencia que esto pueda causarle. Es la ley y para la seguridad de su hijo. Si por cualquiera razón se olvide firmar para el ingreso o la salida, le llamaremos para regresar y firmar.



Yo entiendo que la licenciatura estatal requiere que la persona adulta entregando y/o recogiendo a mi hijo de la escuela registrará la hora precisa de llegada y recogida usando su PIN personal de ProCare y toda su firma legal cada día que mi hijo asista a My Amigos Centro de Educación Bilingüe.

Firma de padre o tutor: _____ Fecha: _____

No-Autorización para contacto o liberación de niño

Los individuos siguientes NO tienen autorización para contactar a mi hijo. Yo entiendo que, cuando proceda, copias de documentación oficial de un juez debe mantenerse en el archivo. En el evento que dicho individuo intenta contactar a mi hijo, My Amigos Centro de Educación Bilingüe me contactará y, si sea necesario, autoridades locales.

Por favor, cataloga cualquiera persona quien NO está autorizado a tener contacto con su hijo y descríbela brevemente abajo.

Nombre: _____

Descripción: _____

Sexo	Raza	Estatura	Peso aproximado	Color de los ojos	Color del pelo	Tatuajes, perforaciones o identificadores

Nombre: _____

Descripción: _____

Sexo	Raza	Estatura	Peso aproximado	Color de los ojos	Color del pelo	Tatuajes, perforaciones o identificadores

Nombre: _____

Descripción: _____

Sexo	Raza	Estatura	Peso aproximado	Color de los ojos	Color del pelo	Tatuajes, perforaciones o identificadores

Firma de padre o tutor: _____ Fecha: _____



Formulario para la autorización de fotografía

Nombre del sujeto de la foto (niño): _____

Nombre del padre o tutor (escrito): _____

Por favor, firme cualquiera de los permisos abajo que le gustaría autorizar para su hijo.

El término fotografía como usado aquí abarca los dos fotografía fija e imágenes de películas cinematográficas. Todas las opciones de autorización de fotografía son aplicables y válidos para 12 meses de la fecha de firma.

A. Autorización para página web, redes sociales, y mercadotecnia

Yo concedo permiso a My Amigos Centro de Educación Bilingüe para el uso de fotografía y videos de mi hijo, _____, para uso en la página web (www.myamigosbec.org), páginas de Facebook e Instagram (@myamigosbec), u otras formas de medios, incluso folletos, revistas, videos promociones en YouTube, o anuncios televisivos. Por razones de seguridad, el nombre de su hijo NO estará utilizado cuando publicado.

Por la presente, yo renuncio mi derecho de inspeccionar o aprobar las fotos y videos que puede estar utilizados junto ellos ahora o en el future, y renuncio cualquiera derechos a regalías u otra compensación relacionado con el uso de las fotografías y videos.

Por la presente, yo acuerdo a liberar My Amigos Centro de Educación Bilingüe de responsabilidad con respeto a cualquiera reclamo, daño u obligación relacionado con el uso de las fotografías y los videos.

Yo he leído esta liberación antes de firmarla abajo, y comprendo plenamente el contenido, el significado y el impacto de esta liberación. Yo entiendo que al firmar abajo, yo demuestro mi consentimiento a los términos de esta liberación.

Firma de padre o tutor: _____ Fecha: _____

B. Autorización de ProCare

Por la presente, yo concedo mi permiso a My Amigos Centro de Educación Bilingüe a fotografiar a mi hijo, _____. Yo entiendo que las fotos de mi hijo se enviarán por la aplicación de ProCare a mí y otros padres en la clase de mi hijo en la forma de informes de actividad diaria.

Yo reconozco que My Amigos Centro de Educación Bilingüe no domina a los padres quienes utilizan la aplicación de ProCare, y, por lo tanto, yo libero a My Amigos Centro



de Educación Bilingüe de toda responsabilidad con respeto a cualquiera reclamo, daño, u obligación relacionado con el uso de las fotografías y videos.

Yo he leído esta liberación antes de firmarla abajo, y yo comprendo plenamente el contenido, el significado, y el impacto de esta liberación. Yo entiendo que al firmar abajo, yo demuestro mi consentimiento a los términos de esta liberación.

Firma de padre o tutor: _____ Fecha: _____

C. Autorización parcial de ProCare

Por la presente yo autorizo a My Amigos Centro de Educación Bilingüe a fotografiar a mi hijo, _____, durante actividades patrocinadas por la escuela y/o experiencias de aprendizaje por el propósito de enviar las fotografías por la aplicación de ProCare solamente a mí (los padres o tutores del niño).

Yo he leído esta liberación antes de firmarla abajo, y yo comprendo plenamente el contenido, el significado, y el impacto de esta liberación. Yo entiendo que al firmar abajo, yo demuestro mi consentimiento a los términos de esta liberación.

Firma de padre o tutor: _____ Fecha: _____

D. Niño NO autorizado para la fotografía

Por la presente yo retengo autorización para la fotografía de My Amigos Centro de Educación Bilingüe. No se permite que mi hijo, _____, esté fotografiado durante actividades patrocinadas por la escuela y/o experiencias de aprendizaje. No debe utilizar fotografías de mi hijo en ninguna forma (incluso pero no limitado a, medios impreso, página web, redes sociales, internet u otras aplicaciones). Yo entiendo que My Amigos Centro de Educación Bilingüe hará todo esfuerzo razonable para cumplir con mi solicitud. Si tomo conocimiento de una fotografía de la semejanza de mi hijo, yo notificaré a la administración y pedir que My Amigos haga todo esfuerzo razonable para eliminar la semejanza de mi hijo de publicación.

Firma de padre o tutor: _____ Fecha: _____



Llegando a conocer a nuestros alumnos

Contestando a estas preguntas no le excluirá a su hijo de nuestro programa. Sus respuestas honestas nos permiten ayudar a su hijo a tener una experiencia positiva e exitosa en nuestro centro

Nombre del niño: _____

1. ¿Cuál es la lengua dominante de su hijo ?
2. Por favor, describe el temperamento de su hijp. (ejemplos: tímido, amigable, se enoja fácilmente, feliz, juega agresivamente, juega cooperativamente, etc.)
 - a. Cuando quedándose dormido
 - b. Cuando se despierta
 - c. Interactuándose con otros niños
 - d. En general
3. ¿Su hijo tiene algunos miedos, gustos o disgustos en particular? Por favor haga una lista abajo. (ej. tormentas, oscuridad, perros)
4. ¿Su hijo puede vestirse, ponerse los zapatos, y alimentarse?
 - a. Haga una marca donde si su hijo puede: ___Vestirse ___Alimentarse
 ___Ponerse los zapatos ___ Ocupar el baño sin asistencia
 - b. Por favor, describe maneras adicionales en la que su hijo puede o no puede cuidarse a si mismo.
5. ¿Su hijo ha experimentado a un evento traumático? (ej. Abuso/negligencia, muerte en la familia, desastre natural) ___ Sí ___ No Si contestó sí, por favor, explique.



6. ¿A su hijo cómo le gusta estar reconfortado? (ej. Abrazos, necesita un espacio quieto para relajarse, respiraciones profundas, cantar una canción)

7. ¿Una vez un centro de cuidado infantil o escuela preescolar ha pedido que su hijo se va? Sí No Si contestó sí, por favor, explique.

8. ¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento o el habla de su hijo? Sí No Si contestó sí, por favor, explique.

9. ¿Corrientemente su hijo tiene algún diagnóstico de discapacidad intelectual? (ej. Espectro autista, retraso en el habla) Sí No
 - a. Si contestó sí, por favor, explique.

 - b. Si contestó sí, ¿su hijo recibe algún terapia o servicio o necesita adaptaciones específicas? Sí No

 - c. Si contestó sí, por favor, describe el servicio, la terapia o la adaptación.

10. Si sea necesario, está dispuesto a colaborar con nuestra administración para buscar apoyo o referencias, por recomendación, utilizando la lista de recursos proporcionado en el manual de padres? Sí No

11. ¿Hay algo que le gustaría compartir sobre su hijo para ayudarnos a conocerle mejor y hacer que su experiencia en My Amigos sea el mejor posible?

Firma de padre: _____ Fecha: _____