**DORMAN PRESCHOOL CENTER/DORMAN CRUSADE FOR CHILDREN CENTER
P.O. Box 853
Shelbyville, Kentucky 40066
(502) 633-2760**

Formulario de Inscripción

Fecha de hoy: _____

A. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre y Apellido del niño/a _____

Apodo que se usa en casa _____

Fecha de nacimiento _____ N° de Seguro Social _____ Teléfono _____

Dirección domicilio _____

Dirección electrónica _____

El niño vive con: ___ambos padres ___la madre ___el padre ___padres de crianza ___otro

¿Hay madrastra o padrastro en la casa? ___Sí ___No Nombre _____

Idioma hablado en casa: _____

Estado civil de los padres: ___casados ___divorciados ___separados ___soltero/a

Nombre de la madre _____profesión _____

Dirección del trabajado _____Teléfono en el trabajo _____

Nombre del padre _____profesión _____

Dirección del trabajo _____Teléfono en el trabajo _____

Nombres de todas las personas que viven en el domicilio:

Nombre	Edad	Sexo	Relación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

B. INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Nombre del médico de cabecera _____ Teléfono _____

Aparte de los padres, ¿Quién puede actuar en caso de una emergencia médica?

Nombre _____ Relación _____

Dirección y teléfono _____

(Las autorizaciones firmadas deben estar archivadas en el Centro Dorman)

B. INFORMACIÓN MÉDICA (Favor de indicar con palomita y con las fechas)

Sarampión _____ Paperas _____ Varicela _____ Gripe _____

Infecciones del oído _____ Alergias _____ Convulsiones _____ Otro _____

¿Ha sido internado el niño? _____ Fechas _____

¿Ha participado en First Steps? _____ Favor indicar los servicios y las fechas

¿Padece su hijo de lo siguiente?

Sordera o dificultado del oído Sí _____ No _____

Problemas de vista Sí _____ No _____

Dificultades del habla/lenguaje Sí _____ No _____

Dificultades de movimiento Sí _____ No _____

D. SALUDO Y DESARROLLO

_____ Hijo natural _____ Peso al nacer

_____ Hijo adoptado

Embarazo

___ Normal

___ tuvo caídas

___ sangró demasiado

___ se desmayó

___ toxemia

___ estrés emotivo

___ falta de cuidados médicos

___ uso de drogas/alcohol

Parto

___ Normal

___ Espontáneo

___ Estimulado

___ Cesárea

___ De nalgas

___ Parto muy largo

___ Prematuro

___ Pasado de fecha

Condición del niño al nacer

___ Normal

___ herida o defecto

___ amarillento

___ problema de respiración

___ falta de oxígeno

___ Otro: _____

___ enfermedad

¿A qué edad empezó su hijo ...

a caminar? (promedio entre los 12 y los 15 meses) _____
a usar el baño (promedio de 24 a 30 meses) _____
a usar oraciones cortas? (2 o 3 palabras) (promedio 2 años) _____
a usar oraciones de 5 o 6 palabras? (promedio de 24 a 30 meses) _____

¿Su hijo usa: _____ lentes/lentillas de contacto? _____ aparatos de oído?

¿Cuándo fue el último examen médico de su hijo? _____

¿Cuáles medicinas toma su hijo? _____

Su estado de salud actual es _____ Excelente _____ Buena _____ Más o menos _____ Mala

¿Está su hijo bajo algún tratamiento, sea médico o psicológico? _____

		¿Ha sufrido su hijo de alguna de las condiciones siguientes?
SÍ	NO	
_____	_____	Una experiencia traumática (muerte, accidentes, divorcio) _____
_____	_____	Hábitos nerviosos _____
_____	_____	Enfermedades graves _____
_____	_____	Diabetes (Azúcar) _____
_____	_____	Alergias (a las comidas) _____
_____	_____	Alergias (otras) _____
_____	_____	Asma _____
_____	_____	Convulsiones o ataques _____
_____	_____	Discapacidades físicas _____
_____	_____	Problemas de oído _____
_____	_____	Problemas de vista _____
_____	_____	Dificultades de lenguaje o habla _____
_____	_____	Heridas o golpes en la cabeza _____
_____	_____	Fiebres altas o alargadas _____
_____	_____	Operación(es) _____
_____	_____	Estancia en el hospital _____
_____	_____	Enfermedades de la niñez _____
_____	_____	Pesadillas _____
_____	_____	Orina en la cama _____

¿Sigue su hijo alguna dieta especial? Sí _____ No _____ Favor de explicar

E. ACTIVIDADES E INTERESES

¿Cuáles son algunas de sus actividades favoritas?: _____

¿Tiene su hijo amigos/as de su edad? __ Sí __ No, sus amigos suelen ser __ más viejos __ más jóvenes

¿Cuáles son las oportunidades que tiene su hijo de desarrollo social (tales como iglesia, equipos deportivos, clubes, actividades en familia...etc.)?

Favor de indicar las características que se aplican a su hijo/a.

☐ Feliz	☐ Destruye cosas	☐ Fácilmente distraído
☐ Lloro con facilidad	☐ Respetuoso	☐ Se entusiasma demasiado
☐ Hace berrinches	☐ Tímido	☐ No termina las tareas
☐ Deportivo	☐ Malhumorado	☐ Deprimido
☐ Amigable	☐ Agresivo	☐ Hace pucheros
☐ Argumenta	☐ Hiperactivo	☐ Falta de auto-estima
☐ Cambios súbitos de humor	☐ Se pelea	☐ Modesto
☐ Tiene muchos temores	☐ Inquieto	☐ Golpea los demás
☐ Se lleva bien con otros niños	☐ Se burla de los demás	☐ Impulsivo
☐ Foco de concentración corto	☐ Ayuda a los demás	☐ Letárgico, sin reacción
-

F. DINÁMICA FAMILIAR

¿Cuáles son las preocupaciones de Ud. tiene actualmente acerca de su hijo? (tales como su desempeño académico, su salud o su comportamiento)

¿Ha habido algún cambio importante en la familia?

¿Con cuál adulto/a hablaría su hijo sobre un problema?

¿Cómo es su relación con sus hermanos y hermanas? _____

¿Hay algún otro adulto que participa en la crianza de su hijo?

¿Cuáles trabajos debe hacer su hijo en casa? _____

¿A qué hora se acuesta su hijo? _____ ¿Cómo duerme? _____

¿Cuántas horas de televisión mira su hijo a diario? _____

¿Cuáles son sus programas favoritos? _____

Si hubiera alguna información más que debemos saber, favor de escribirla.

Firma de la persona que rellena este formulario _____ Fecha _____ Relación _____

Gracias,

Laurie Cottrell

LAS PERSONAS AUTORIZADAS A ACTUAR EN LUGAR DE LOS PADRES

PADRES: Necesitamos los nombres de las personas autorizadas a recoger a su hijo de nuestro centro. No entregaremos el niño excepto a esas personas sin una nota escrita con firma y fecha, o sin una llamada al centro. Rogamos avise al personal del centro en caso de cambios.

_____ Relación _____ Teléfono _____

_____ Relación _____ Teléfono _____

_____ Relación _____ Teléfono _____

***HORARIO**

Yo comprendo que el Centro Pre-escolar Dorman en el parque está abierto de las 7 de la mañana hasta las 5:30 de la tarde, y que el Centro Dorman Crusade for Children (en la calle 9) está abierto de las 7 de la mañana hasta las 5 de la tarde. Mi hijo debe llegar entre las 7 y las 9 de la mañana. Yo comprendo que no se recibirá a mi hijo si llega después de las 9. También sé que debo recoger a mi hijo antes de las 5:30 en el centro en el parque, y antes de las 5 en el centro en la calle 9. A partir de esa hora, por cada minuto de atraso yo pagaré \$2. Yo comprendo que no puedo dejar a mi hijo más de 10 horas al día.

Firma del padre o tutor

Fecha

DORMAN PRESCHOOL CENTER/DORMAN CRUSADE FOR CHILDREN CENTER
P.O. Box 853
Shelbyville, Kentucky 40066
(502) 633-2760

Hoja de información sobre el transporte

Padre o tutor, rogamos rellene y devuelva al Centro
Favor de avisar sobre cualquier cambio.

El Centro Dorman tiene la autorización de transportar a mi hijo de mi casa a la escuela, y el regreso, además de las excursiones y actividades.

Nombre del niño y apellido _____

Nombre del padre o tutor _____

Dirección domicilio _____

Teléfono en casa _____ Teléfono en el trabajo _____

Nombre de la persona que recogerá al niño de la van:

Nombres de otras personas autorizadas a recogerlo:

Contactos y teléfonos en caso de emergencia:

Firma de la persona que rellena este formulario: _____ Fecha _____

Relación con el niño: _____

Barrio o área de la ciudad: _____

La política del transporte:

Yo autorizo al Centro Dorman a transportar a mi hijo a o de regreso del Centro, y en las excusiones (avisaremos a los padres de antemano de cualquier excursión). Yo asumo la responsabilidad de:

- acompañar a mi hijo al vehículo del centro, y a recogerlo (el chófer no puede dejar el vehículo)
- avisar al Centro si no hay que recoger a mi hijo,
- avisar al Centro en caso de cambio de dirección para la recogida o para el entrega del niño
- mantener el centro al día de mi número de teléfono, para los casos de emergencia y también para avisar en caso de cambio de hora de llegada o de salida de la van.

Haremos todo lo posible para la seguridad de su hijo mientras esté bajo nuestro cuidado en el vehículo del Centro. También nos esforzaremos para adherir a los horarios de transporte.

.

DORMAN PRESCHOOL CENTER/DORMAN CRUSADE FOR CHILDREN CENTER
P.O. Box 853
Shelbyville, Kentucky 40066
(502) 633-2760

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA

Por la presente, otorgo autorización para que mi hijo/a:

cuya edad es de _____

reciba el tratamiento médico y de emergencia necesario en caso de enfermedad o accidente, mientras esté bajo el cuidado del personal del Centro Pre-escolar Dorman. Yo autorizo al personal del Centro a tomar cualquier decisión acerca de tal tratamiento hasta que pueda contactarme a mí. Yo comprendo que me avisarán lo más pronto posible si eso ocurriera.

Yo me encargo de que el Centro tenga un número de emergencia donde contactarme en todos los momentos.

Por mi firma, declaro indemnes los terapeutas/el personal del Centro Dorman.

Firma del padre o tutor _____ Fecha _____
Relación con el niño _____ N° de teléfono _____

OTRA INFORMACIÓN

Médico de cabecera _____ Teléfono _____

Tarjeta/ seguro médico _____

Alergias _____

Problemas médicos/Medicinas que toma actualmente _____

Fecha de la última vacuna contra el tétanos _____

DORMAN PRESCHOOL CENTER
PERMISO PARA FOTOGRAFÍA Y VIDEOGRAFÍA

Yo, el abajo firmante, _____ padre/tutor del
niño _____ autorizo a que usen mi fotografía o la de mi
hijo, que me entrevisten o que me saquen en video a mí o a mi hijo, a fines de publicidad para el
programa Dorman Center, o a fines de capacitación de empleados o de padres.

Firma del padre o tutor: _____

Fecha: _____

DATE: _____

RECIPIENT NAME:

AGENCY NAME:

AUTORIZACIÓN PARA METRO UNITED WAY

Yo acepto hacer una entrevista, una videograbación o que me saquen fotografías, por personal o por personas autorizadas por Metro United Way o para su uso. Autorizo que mi entrevista, mis fotografías y mis videograbaciones sean distribuidas a los medios informativos, para la promoción de Metro United Way, con las restricciones siguientes:

(Si no hay restricciones, escriba "ninguna")

Yo declaro indemne al personal de Metro United Way y a cualquier otra persona de responsabilidad financiera por hacer las fotografías, las videograbaciones o las entrevistas. Otorgo este permiso porque apoyo la promoción de Metro United Way y de los servicios que ofrecen sus agencias. Este acuerdo es voluntario, y no me han prometido nada para el uso de tales fotografías, videograbaciones o entrevistas.

Nombre del menor _____

Otro _____

Otorgo autorización para el menor o para el otro.

(Firma)

Relación con el menor/otro

(Dirección domicilio)

DERECHO DEL PADRE O TUTOR A REVISAR LA CARPETA DEL NINO

Yo _____, padre o tutor del niño/a _____
comprendo que, mientras él esté inscrito en el Centro Pre-escolar Dorman, yo tengo el derecho de
revisar la documentación sobre mi hijo en cualquier momento después de haberlo pedido.

Firma del padre o tutor: _____

Fecha de hoy: _____

DORMAN PRESCHOOL CENTER/DORMAN CRUSADE FOR CHILDREN CENTER
P.O. Box 853
Shelbyville, Kentucky 40066
(502) 633-2760

INFORME DE LOS PADRES

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Padre(s): _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Pre-escuela: _____

Fortalezas de su hijo

Debilidades de su hijo

¿Qué quiere Ud. que su hijo aprenda este año?

¿Cuáles son sus metas para su hijo?

En su opinión, ¿qué tipo de servicios necesita su hijo?

Autorización para las excursiones a pie en el Parque Clear Creek

Por la presente, yo autorizo que mi hijo/a _____ (nombre completo del niño) salga del centro bajo el cuidado del personal de la escuela, para caminatas y para excursiones a pie a las instalaciones del parque como el campo de juego, los terrenos de juego de balón, pelota o tenis o el gimnasio.

Yo comprendo que me avisarán por separado y por escrito sobre cualquier excursión fuera del parque.

Firma del padre: _____

Fecha: _____

PERMISO PARA HACER EVALUACIONES

Yo autorizo a que hagan las evaluaciones a mi hijo/a _____
(nombre del niño)
que correspondan a su edad. El motivo de ello es ofrecer una enseñanza adecuada e individualizada a su hijo.

Firma del padre: _____

Fecha: _____

Para la inscripción, se necesita...

- los formularios de inscripción
- el acuerdo sobre el pago
- los formularios del Departamento de Agricultura acerca de la comida, rellenos
- un certificado de vacunación del estado de Kentucky, al día

Dentro de los 30 días, se entregará:

- Un certificado de Kentucky de examen de vista (3 años o más)
- una copia del Acta de Nacimiento
- una copia del último examen médico