



Las registraciones de los niños deben mantenerse durante por lo menos cinco (5) años después de que hayan dejado el programa.

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Color de los ojos: _____ Color el Cabello: _____ Altura: _____ Peso: _____ Sexo: _____ Información Adicional: _____

**Foto del niño y descripción física: (*Opcional)*

Por favor, llene estos formularios completamente. Si alguna pregunta no se aplica a su hijo, escriba N / A (no aplica). Los formularios deben estar en posesión del educador en o antes del primer día que su hijo comience el cuidado. Por favor notifique a su educador si ocurre algún cambio de información.

Información General

Fecha de Admisión: _____ Fecha de Terminación: _____ Edad al Ingresar: _____

Motivo de Terminación:

Nombre Completo del Niño:

Nombre: _____ Apellido: _____ Apodo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____ Número de Teléfono: _____

Idioma principal del niño: _____ Idioma principal de los padres: _____

Alergias/Dietas especiales: _____

Nombre del padre(s)/Tutor(es):

Nombre : _____ Apellido: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____ Número de Teléfono : _____

Adjunto copias de los acuerdos de custodia, órdenes judiciales, órdenes de alejamiento (si corresponde).

Dirección del trabajo del Padre (s) / tutor (es) ubicación / dirección durante el horario de cuidado infantil

Padre/ Tutor: _____ Padre/ Tutor: _____

Celular: _____ Celular: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Contacto de Emergencia/Persona autorizada pick-up

En caso de una emergencia en la cual yo no pueda ser localizado (a), el educador (a) puede comunicarse con los siguientes individuos (en el orden dado) a quienes autorizo para retirar a mi hijo del hogar de cuidado infantil.

(1) Nombre: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Teléfono Celular: _____

(2) Nombre: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Teléfono Celular: _____

Planes de Transportación/Autorización para Recoger

En el siguiente espacio, suministre toda la información importante sobre la transportación de su hijo desde y/o hasta el programa (es decir, - indique quien supervisara a los niños durante el transporte o antes de llegar al programa, que supervisara al niño durante su caminata hacia la parada del bus, etc)

Mi hijo va a llegar al programa:

- Con el Padre (s)
- Caminata Supervisada
- Caminata sin supervisión
- Bus
- Transportación privada facilitada por los padres

Mi hijo partirá del programa:

- Con el Padre (s)
- Caminata Supervisada
- Caminata sin supervisión
- Bus
- Transportación privada facilitada por los padres

Además, yo autorizo a las siguientes personas para retirar a mi hijo desde el hogar de cuidado infantil. Informaré a la educadora cuando mi hijo vaya a ser recogido por una de las personas autorizadas.

Nombre: _____ Dirección: _____
Teléfono: _____ Teléfono Celular: _____
Nombre: _____ Dirección: _____
Teléfono: _____ Teléfono Celular: _____

Días Previstos/Horario de Asistencia

DIA	EN / HACIA FUERA	EN / HACIA FUERA	DIA	EN / HACIA FUERA	EN / HACIA FUERA	DIA	EN / HACIA FUERA	EN / HACIA FUERA
Lunes			Martes			Miércoles		
Jueves			Viernes			Sábado		
Domingo								

Sólo para Niños de Edad Escolar

Nombre de la escuela a la cual asiste en niño: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____

Yo certifico que la documentación del examen físico, las vacunas, de acuerdo con los requisitos de salud de la escuela pública y el examen de detección por intoxicación con plomo, de acuerdo con los requisitos de salud de la escuela pública están en los archivos de la escuela de mi hijo.

Iniciales del Padre/Tutor: _____

Consentimiento para Evaluaciones e Informes Periódicos Sobre el Progreso

Yo autorizo a CDE y a mi educador (a) de cuidado infantil para llevar a cabo las evaluaciones educativas y de desarrollo, así como los informes periódicos sobre el progreso de mi hijo (a) y me proporcione esta información como lo requiere el Departamento de Educación Temprana y Cuidado Infantil.

Iniciales del Padre/Tutor: _____

Prueba Escrita del Recibimiento del Manual de los Padres

Reconozco que he recibido una copia del manual para los padres del proveedor, así como información sobre la prevención del envenenamiento con plomo (puede estar incluida en el manual para padres).

Firma de Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

Aviso sobre Visitas de los Padres

Yo entiendo que puedo visitar este hogar de cuidado infantil sin previo aviso en cualquier momento durante las horas en que mi hijo este presente.

Firma de Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

Médico del niño o Profesional de Atención Médica

Médico: _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____

Información sobre las alergias, dietas especiales, condiciones de salud crónicas, limitaciones especiales, preocupaciones incluyendo medicamentos que está tomando el niño en el hogar / la escuela y los posibles efectos secundarios:

Información sobre Seguros Médicos (opcional)

Nombre del Beneficiario Principal: _____ Póliza #: _____
Tipo de seguro: _____ Copia de la tarjeta de seguro

Historial del Desarrollo y los antecedentes

Las regulaciones para programas de cuidado infantil licenciados requieren esta información para poder atender las necesidades de los niños, mientras atienden el programa.

(* Nota: Favor de proporcionar información para bebés y niños pequeños, marcados con *, según corresponda a la edad de su hijo.)

Historia del Desarrollo

Edad en la que empezó a sentarse: _____ Gatear: _____ Caminar: _____ Hablar: _____

*¿Su hijo (a) se inclina hacia arriba? _____ * Gatea? _____ *Camina con apoyo? _____

Alguna dificultad en el habla? _____

Palabras especiales para describir las necesidades: _____

Idioma (s) hablados en casa: _____ *Algún historial de cólico? _____

*¿Su hijo usa chupa/bobo o se chupa el dedo? _____ *Cuándo? _____

*¿Su hijo tiene momentos de inquietud/susceptibilidad? _____ *Cuándo? _____
*¿Usted cómo maneja esta situación? _____

Salud

Alguna complicación al Nacer? Enfermedades: _____

Graves y / o hospitalizaciones: Condiciones: _____

Físicas especiales, discapacidades: _____

Alergias: por ejemplo asma, alergias nasales, picaduras de insectos, medicamentos, reacciones a los alimentos:

Medicamentos habituales: _____

Hábitos Alimenticios

Características especiales o dificultades: _____

*Si el lactante, está en una fórmula especial, por favor describir su preparación en detalle:

Comida favorita: _____

Los alimentos que no le gustan: _____

*¿Su niño es alimentado en sus brazos? _____ *En una silla de bebé? _____

*¿Su hijo come con cuchara? _____ Tenedor? _____ Con las manos? _____

Hábitos de Aseo

*¿Usa pañales desechables o de tela? _____

*¿Es frecuente la aparición de dermatitis? _____

*¿Usted utiliza: aceite para bebé: _____ Polvo: _____ loción: _____ Otro: _____

*¿Los movimientos intestinales son regulares? _____ Cuántos por día? _____

*¿Algún problema con la diarrea? _____ Estreñimiento? _____

*¿Esta entrenado para usar el baño? _____

* Por favor describa cualquier procedimiento especial que deba ser utilizado para su hijo en el programa para ir al baño:

¿Qué se usa en el hogar: bacínica? _____ Asiento especial para niños? _____ Asiento regular? _____

¿Cómo indica su hijo su necesidad de usar el baño (incluye palabras especiales): _____

¿Su hijo se rehúsa a usar el baño? _____ ¿El niño tiene accidentes? _____

Hábitos de Sueño

*¿Duerme su hijo en una? _____ Cuna? _____

¿Su hijo se cansa durante el día o toma una siesta (incluya cuando y por cuanto tiempo)?

Por favor Note: La Academia Americana de Pediatría ha determinado que poner a un bebé a dormir sobre su espalda reduce el riesgo de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL). El SIDS es la muerte repentina e inexplicable de un bebé menor de un año de edad. Si su hijo no suele dormir sobre su espalda, por favor póngase en contacto con su médico inmediatamente para discutir la mejor posición al dormir para su bebé. Por favor, tómese el tiempo para discutir la posición de dormir de su hijo con su educador. Su educador (a) pondrá a su bebé a dormir sobre su espalda a menos que haya una orden médica por escrito que especifique lo contrario.

Iniciales del Padre/Tutor: _____

¿A que hora su hijo va a la cama en la noche? _____ Se levantara en la mañana? _____

Describir todas las características especiales o necesidades (animales de peluche, una historia, el estado de ánimo al levantarse, etc):

Relaciones Sociales

¿Cómo describiría a su hijo:

Experiencia previa con otros niños y/o en cuidado infantil: _____

Reacción a los extraños: _____ Es capaz de jugar solo: _____

Juguetes y actividades favoritas:

Temores (a la oscuridad, a los animales, etc.):

¿Cómo consolar a su hijo: _____

¿Cuál es el método de control de la conducta / disciplina en el hogar: _____

¿Qué le gustaría que su hijo a obtuviera durante su experiencia en el programa de cuidado infantil?

Horario Diario

Por favor, describa el horario de su hijo en un día típico. * Para los bebés, por favor incluya la hora de despertarse, de comer, el tiempo fuera de la cuna / cama, de dormir la siesta, de los hábitos de aseo, de los momentos de susceptibilidad, y de antes de acostarse en la noche, etc.

¿Hay algo más que deberíamos saber acerca de su hijo?

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

Permisos (por cada niño inscrito)

Permiso General (Transporte básico) (Los padres no deben firmar este permiso, a menos que los lugares a los cuales autoriza usted autoriza a ir a su hijo (a) estén específicos y enumerados por su educador (a).

Al firmar este formulario, estoy permitiendo que mi niño sea llevado fuera de las instalaciones de cuidado infantil.

Por medio de la presente, otorgo permiso a _____ (educador (a) / asistente) para llevar a mi hijo _____ fuera de las instalaciones del hogar cuidado infantil para las siguientes excursiones

(lista de lugares específicos a los que permite ir a su hijo):

utilizando los siguientes medios de transporte:

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

No quiero que mi niño (a) sea llevado (a) fuera de las instalaciones del hogar de cuidado infantil.

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

Permiso para el Traslado a Centros Médico y Para Recibir Tratamiento Médico de Emergencia

Tratamiento Médico de Emergencia (El Departamento de Educación Temprana y Cuidado Infantil recomienda consultar con su hospital local sobre la aceptación de esta declaración)

Por medio de la presente, otorgo permiso a _____ (educador (a)/asistente) para administrar los primeros auxilios básicos y / o RCP a mi hijo (a) _____ y / o llevar a mi hijo a un hospital para recibir tratamiento médico en caso de que yo no pueda llegar o de que mi retraso ponga en riesgo la salud del niño.

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

Medicamentos tópicos / pomadas (Por favor escriba solamente los medicamentos / pomadas que permitirá que el educador (a) aplique sobre la piel a su hijo): Ejemplo: alcohol de gel, bloqueador solar, repelente de insectos, pomada para el cambio de pañales.

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

Aviso Importante para los Padres

Usted ha hecho una elección informada de su Educador (a) de cuidado infantil familiar y acepta dejar a Child Development & Education, Inc., (CDE) libre culpa de cualquier daño o descuido que ocurra con su hijo (a), mientras esta al cuidado del proveedor (a) de cuidado infantil. Usted entiende que su proveedor (a) de cuidado infantil es un contratista independiente, y no un empleado de CDE y no está sujeto (a) a la regulación y/o supervisión de CDE.

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

El Departamento de Educación Temprana y Cuidado Infantil (EEC) ha diseñado formularios para guiarlo tanto a usted como a su proveedor (a) en el proceso de documentar la información necesaria requerida por las normas de concesión de licencias EEC. Si las formas siguientes se aplican a usted y su familia, es muy importante que usted y su proveedor (a) completen los formularios y sean mantenidos en el archivo de su hijo. (Los formularios pueden encontrarse:

(found at: http://www.mass.gov/EOedu/docs/EEC/forms_techasst/fcc_forms/2010_fcc_sample_forms_pkt.pdf)

- **Formulario de Actualización Anual:** Una vez que un niño ha estado en el programa infantil por un año, los padres deben revisar y actualizar la información y formularios de permiso por escrito en el expediente de su hijo. Utilice este formulario para asegurar que la información ha sido actualizada.
- **Cambios en la Composición del Hogar:** Si hay algún cambio en su hogar durante el período de licencia de 3 años (es decir, un recién nacido, un hijo adoptivo, hijos adoptivos, o cualquier persona mayor de 15 años que estarán presentes durante más de 30 días) debe presentar la información requerida al Departamento.
- **Evacuación / Registros del Detector Humo:** Usted debe llevar a cabo simulacros de evacuación al menos una vez por mes en cada nivel de su programa aprobado. Este formulario de muestra también contiene un registro de detector de humo para documentar la prueba mensual de detectores de humo. Estos registros serán revisados por una licenciadora durante las visitas de rutina.
- **Formulario de Supervisión Indirecta:** Utiliza este formulario para obtener el permiso escrito de los padres de los niños de siete años de edad o más para utilizar el espacio aprobado sin la supervisión directa y salir de las instalaciones de cuidado de niños sin supervisión directa.
- **Juegos al Aire Libre con Supervisión Periódica:** Este formulario sólo se puede utilizar con niños de 5 años de edad o más si el espacio de juego al aire libre está rodeada por una cerca de al menos 4 pies de alto y está ubicado en las instalaciones de cuidado infantil de una sola familia o de residencia del primer piso.
- **Permiso de los Padres para los Medicamentos, la Administración y la Registración:** Use este formulario para obtener el permiso por escrito para suministrar cualquier medicamento con receta o sin receta que el padre le pida. Utilice el registro para documentar lo que usted le ha dado al niño (a).
- **Registro de Observaciones:** Use este formulario para documentar marcas graves o inusuales, contusiones, lesiones o acontecimientos repetitivos tales como la dermatitis grave, que se observan en el niño a su llegada al hogar de cuidado infantil o durante todo el día.
- **Excursiones Especiales (Excursión):** Use este formulario para cualquier viaje que no aparece en el "permiso general" que se encuentra en el paquete de inscripción para hogar de cuidado infantil.
- **Permiso de Uso de la Piscina en el Establecimiento:** Use este formulario para obtener el permiso escrito de los padres de los niños que usaran una piscina. Por favor, recuerde que los niños deben estar directamente supervisados en todo momento durante las actividades relacionadas con el agua.
- **Notificación de Incidentes en el Hogar de Cuidado Infantil:** Use este formulario para documentar los incidentes leves o graves que sucedan en su programa. Cualquier incidente grave debe ser reportado inmediatamente a la oficina de EEC y de esta forma debe ser enviada por correo dentro de las siguientes 48 horas. Incidentes menores deben ser documentados en sus archivos.

Autorización del Médico

Estimado Doctor:

Mi hijo, _____, está inscrito en un hogar de cuidado infantil licenciado por el Departamento de Educación Temprana y Cuidado Infantil. Las regulaciones del Departamento de Educación Temprana y Cuidado Infantil requieren una declaración escrita por un médico como prueba del examen físico anual de cada niño, las inmunizaciones y el examen de detección de envenenamiento con plomo al momento de inscripción, como lo recomienda en calendario del Departamento de Salud Pública. Yo lo autorizo para que divulgue esta información..

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

La evidencia de un examen físico es válida por un (1) año a partir de la fecha en que el niño (a) fue examinado (a) y debe ser renovada anualmente.

IDENTIFICACIÓN

Nombre Completo del Niño:

Nombre: _____ Apellido: _____ Apodo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre del padre(s)/Tutor(es):

Nombre: _____ Apellido: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____ Número de Teléfono: _____

Fecha del examen del niño: _____

¿Cuál es su opinión acerca de la salud en general del niño y su apariencia:

Ha sido este niño examinado para detectar el envenenamiento por plomo? Sí No En caso de que su respuesta sea si, cual fue la fecha de detección: _____

(* Por lo menos un (1) vez entre las edades de 9-12 meses, anualmente, para niños de 2 y 3, a los de 4 años de edad si están en alto riesgo de envenenamiento por plomo)

¿Tiene este niño alguna discapacidad o problemas médicos crónicos (alergias, visión limitada, etc.) que requieren una consideración o atención especial por parte del educador de cuidado infantil? Si es así, por favor dar detalles a continuación:

Firma del Doctor: _____ **Fecha:** _____

Por favor devuelva este formulario y el registro de vacunas del niño (a) a:



Aviso a los Padres sobre la Supervisión de los Niños Relacionados con Transportación

Los Educadores de hogares de cuidado infantil deben ejercer buen juicio al supervisar a los niños bajo su cuidado. Cuando un niño usa el transporte especializado y / o desde el hogar de cuidado infantil, puede ser necesario que el educador (a) acompañe al niño desde y/o hasta el vehículo.

Si el educador (a) está acompañando a un niño desde o hasta el vehículo de transporte, el educador (a) debe cumplir los siguientes requisitos:

- Todos los niños bajo cuidado deben estar en el nivel del primer piso antes de que el educador(a) puede salir a la calle para acompañar a un niño desde y/o hasta un vehículo de transporte.
- El educador (a) se asegurará de que todos los niños que permanezcan en el hogar estén en un ambiente libre de peligros.
- El educador (a) tendrá en cuenta la cantidad, las edades y necesidades de los niños que permanezcan en el hogar con el fin de garantizar la seguridad de todos mientras acompaña a un niño desde y/o hasta el vehículo de transporte. Se tomarán precauciones especiales para garantizar la seguridad de todos los niños cuando un niño que es inusualmente agresivo o activo o muestra dificultades de comportamiento este presente.
- El educador (a) notificará a todos los padres del programa de que hay niños que están siendo acompañados desde y/o hasta los vehículos de transporte y debe obtener el consentimiento por escrito de todos los padres implicados.
- El educador (a) mantendrá a la vista el hogar de cuidado infantil mientras acompaña a un niño y no se alejara mas de 50 pies de la casa.
- El educador (a) permanecerá en el hogar de cuidado infantil con los niños hasta que el vehículo de transporte llegue a su hogar. El educador (a) minimizará la cantidad de tiempo fuera de la casa.

NOTA: Esto se aplica a los vehículos de transporte solamente. Los niños que caminan hacia o desde la parada del autobús escolar pueden caminar sin escolta, si el padre del niño le da la autorización por escrito a el educador (a).

Además, si el Proveedor tiene un hijo que es menor de seis meses en el momento de la inscripción y se encuentran dentro de las primeras seis semanas de la atención, estos niños deben estar dentro de la supervisión visual directa del educador (a). El educador (a) no podrá acompañar a ningún niño desde o hasta un vehículo de transporte menos que el educador tenga a el niño con el/ella o tenga un asistente aprobado para proporcionar supervisión necesaria.

Consentimiento de los Padres

Entiendo y acepto que mi educador (a), _____ puede dejar solo(a) a mi hijo (a) _____ en el primer piso del hogar de cuidado infantil familiar, mientras que el educador (a) acompaña a otro niño / desde o hasta un vehículo de transporte y que al hacerlo tomará todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad de mi hijo (s) 's.

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____



Educador (a): _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Coordinadora: _____ Teléfono: _____

Oficina Regional: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Director (a) Regional: _____ Teléfono: _____

Dirección de correo electrónico del Director (a) Regional: _____

Subsidio: Voucher Contrato Cantidad Diaria a Pagar: \$ _____ Fecha de Comienzo: _____ Fecha de Terminación: _____

(Debe llamar para renovar su subsidio por lo menos dos semanas antes de la fecha de expiración)

Estimado Padre/Tutor:

Bienvenido a Child Development & Education Inc. (CDE), el sistema de cuidado infantil familiar más grande y mas completo de la Comunidad! Estamos muy interesados en trabajar con usted y su niño (s), brindándoles apoyo y asistencia a las familias y Educadores (as). Por favor, llene completamente el formulario de inscripción adjunto. Este será utilizado por su educador (a) para asegurar que las necesidades de educación, salud, seguridad y cuidado de su hijo se cumplan.

En el primer día de su hijo de asistencia, usted debe haber completado y firmado el presente paquete de inscripción. Se recomienda conservar una copia para sus registros. Su proveedor debe mantener esta información en el archivo de su hijo. Sin esta documentación, su hijo no podrá comenzar en el programa. Esta información debe ser revisada y actualizada anualmente, y cualquier cambio debe ser reportado inmediatamente a su educador (a).

Le animamos a trabajar de la mano de su educador (a), manteniendo un diálogo abierto y ejerciendo un papel activo en la educación temprana y cuidado de su hijo. Le animamos a visitar a su hijo en cualquier momento (y sin previo aviso): esto ayudará a la construcción de relaciones positivas y participación de la familia, algo que es muy importante durante las primeras experiencias educativas de su hijo. El personal del CDE Inc. se dedica a ayudarle a usted, como padre / tutor, durante su recorrido por los años de la educación temprana durante los de la edad escolar.

Por favor, siéntase en la libertad de contactarnos con cualquier pregunta, sugerencia, inquietud o idea, y por favor participen con nosotros en nuestras noches familiares y excursiones. Disfrute de su copia del Family Times, nuestro boletín de participación con la familia, y déjenos saber lo que piensa.

Child Development and Education, Inc.



INFORMACION PARA LAS FAMILIAS

La siguiente información es facilitada para ayudarle a entender los derechos y responsabilidades de la familia y del educador (a), y también, como una lista de los servicios.

Licencia: Cada uno (a) de nuestras educadores (as) de atención infantil familiar asociados (as) (FCC) son un contratista independiente autorizados por el Departamento de Educación Temprana y Cuidado Infantil (CEE). Nuestros proveedores dirigen sus propios negocios y han demostrado cumplir con las normas establecidas por los reglamentos de EEC (606 CMR 7.00). Para obtener una copia de los reglamentos establecidos para el cuidado infantil familiar, puede visitar el la pagina Web de EEC en:

<http://www.mass.gov/edu/government/departments-and-boards/departament-of-early-education-and-care>

Registración/Capacidad: Un proveedor puede únicamente cuidar el número de niños que aparece en su licencia. Por favor, asegúrese de ver una copia de la licencia de su proveedor. Un proveedor no puede cuidar de más de tres niños menores de dos años, además, uno de esos niños debe ser mayor de quince meses de edad y caminar. Cualquier pregunta o preocupación acerca de la registración puede discutirla con su proveedor, o su Coordinador (a) de CDE, o puede comunicarse con EEC.

Supervisión/Dormir en Forma Segura: Un proveedor debe supervisar directamente a los niños en todo momento, y debe ver o escuchar a los niños sin interferencias. La supervisión de los niños es igualmente importante en los momentos en que el niño está durmiendo. Los proveedores deben seguir las regulaciones de EEC sobre las prácticas de sueño seguro. Todos los bebés deben ser colocados boca arriba para dormir, a menos que el doctor de cabecera del niño indique lo contrario (por escrito, en el archivo del proveedor). Los proveedores deben revisar a los niños que duermen la siesta cada 15 minutos. El proveedor debe supervisar directamente a los niños menores de seis meses de edad durante la siesta por las primeras seis semanas de cuidado.

El Uso de Asistentes: Si es aprobado por EEC, un proveedor puede tener un asistente que le ayude a cuidar a los niños. El proveedor debe informar a los padres/ tutores del niño el nombre del asistente y cuando el asistente estará ayudando con el cuidado infantil.

Plan sobre como Manejar Posibles Situaciones de Emergencia: Los reglamentos de EEC requiere que los proveedores tengan un plan sobre como manejar las posibles emergencias que pueden ocurrir durante las horas de cuidado de niños o en cualquier momento, que puedan afectar el funcionamiento del establecimiento de cuidado infantil. En el caso de una situación de emergencia, el proveedor se pondrá en contacto con las autoridades locales para determinar si debe salir del establecimiento de cuidado infantil, o si debe permanecer allí. Si el hogar de cuidado infantil debe ser abandonado en caso de un incendio, desastre natural, la pérdida de electricidad, calor o agua, o cualquier otra situación de emergencia, se establecerá un lugar de encuentro alternativo. El proveedor notificará a los padres / tutores, así como a las autoridades competentes (bomberos, policía, etc.) y a EEC. El proveedor se asegurará de que ningún niño haya sido dejado en el establecimiento después de una salida de emergencia.

Cuidado Alternativo: Se prestara cuidado infantil alternativo a su hijo en caso de que su proveedor no pueda prestar los servicios durante un período temporal. Usted debe completar el formulario de cuidado alternativo (Back Up Form) de CDE Inc. y suministrar autorización por escrito. El personal de CDE le ayudará a asegurarse de que su proveedor de cuidado alternativo tenga todos los formularios necesarios.



INFORMACION PARA LAS FAMILIAS Continuación

Curriculuo: Su proveedor ofrece un balanceado plan de estudios con experiencias específicas y planificadas de aprendizaje que apoyan el desarrollo social, emocional, físico, intelectual y lingüístico de su hijo. El plan es apropiado para el desarrollo de su hijo; y apoya la preparación escolar y el aprendizaje. Además, se basa en proyectos que, benefician el desarrollo y los intereses de su hijo.

Seguridad: EEC tiene una serie de normas de salud y seguridad las cuales están relacionadas con las normas de salud y seguridad que deben seguirse en un hogar de cuidado infantil. Estas normas pueden encontrarse en el capítulo de Salud y Seguridad 7.11 del reglamento de concesión de licencias de EEC. La mayoría de estas normas dan una idea de las precauciones generales de seguridad, como por ejemplo mantener materiales peligrosos fuera del alcance de los niños, cubrir los tomacorrientes, tener un botiquín de primeros auxilios, practicar constantemente simulacros de salida de emergencia, bloqueo de escaleras, ventanas y / o elementos de calefacción, publicar los números de emergencia y mantener un ambiente limpio, libre de peligros. Adicionalmente el espacio al aire libre para su uso del hogar de cuidado infantil debe estar licenciado, ser seguro y libre peligros con estar construido con los materiales apropiados contra caídas.

Información Médica: Información Médica: Usted debe entregar la información médica de su hijo (examen físico) durante los primeros treinta días después de la fecha de comienzo. Las familias consideradas poblaciones prioritarias, pueden tener dificultades para obtener los registros médicos. Por consiguiente, estas familias tendrán un máximo de seis meses a partir de la admisión para obtener y proporcionar los expedientes médicos.

- Una certificación escrita por un medico, una enfermera o el asistente medico indicando que su niño (a) ha sido vacunado satisfactoriamente de acuerdo al itinerario de vacunas recomendado por el Departamento de Salud Pública..
- Una certificación escrita por un medico que indique que el niño ha tenido un examen físico completo. Este examen debe haber sido realizado dentro un año de la fecha de admisión, y debe ser entregado a su proveedor (a) durante los primeros treinta días después de la fecha de comienzo.
- Una declaración firmada por un médico o empleado de una agencia de cuidado de salud obtenido en el mes de ingreso que indica que el niño ha sido examinado para detectar el envenenamiento con plomo. Todos los niños deben ser examinados al menos una vez entre las edades de nueve y doce meses, y posteriormente cada año hasta los tres años. Para más información sobre el envenenamiento con plomo, puede llamar a la línea infantil de envenenamiento con plomo al (800) 532-9571.

Si su hijo es de edad escolar, usted puede proporcionar una declaración escrita indicando que la información médica requerida se encuentra en los archivos de la escuela de su hijo.

Prevención del Envenenamiento con Plomo: ECC requiere que los proveedores informen a los padres / tutores sobre los riesgos de envenenamiento con plomo.

- El envenenamiento con plomo es causado por la ingestión o inhalación de plomo. Se convierte en veneno cuando se entra al cuerpo.
- El plomo puede permanecer en el cuerpo mucho tiempo y es absorbido más por los niños pequeños. Los daños causados por el plomo pueden no desaparecer nunca. El envenenamiento con plomo puede causar:
 - Daños al cerebro, los riñones y el sistema nervioso
 - Daños al cerebro, los riñones y el sistema nervioso
 - Daños al cerebro, los riñones y el sistema nervioso
 - Perjudicar la audición y el habla
 - Causar problemas de conducta
- La mayoría de las intoxicaciones por plomo en MA provienen del polvo de pintura con plomo que tienen las casas antiguas. Muchas casas construidas antes de 1978 contienen pintura con plomo en el interior y el exterior de la edificación. Cuando la pintura vieja se descascara o se agrieta, produce chispas y polvo de plomo. Este polvo flota en el piso y entra al cuerpo de los niños. Los niños entre las edades de nueve y doce meses están en mayor riesgo.
- Las reparaciones y renovaciones de las casas pueden crear polvo de plomo.



INFORMACION PARA LAS FAMILIAS Continuación

- La mayoría de los niños envenenados con plomo no parecen estar enfermos. Usted debe hacer una prueba para detectar el envenenamiento con plomo a su hijo-pregunte a su médico. Algunos síntomas pueden incluir:
 - Malestar estomacal
 - Dificultad para comer o dormir
 - Dificultad para comer o dormir
 - Dificultad para prestar atención

Administración de Medicamentos: Su proveedor debe tener un reglamento escrito en cuanto a la administración de medicamentos con y sin receta. Todos los medicamentos que requieren receta médica deben estar acompañados por las instrucciones del médico de su hijo como lo indica el capítulo 7.11.02 de las normas de concesión de licencias de EEC. La primera dosis de cualquier medicamento debe ser suministrada por los padres en el hogar en caso de que ocurra una reacción alérgica. Todos los medicamentos deben ser entregados al proveedor por el padre y luego deben ser colocados fuera del alcance de los niños. El proveedor mantendrá un registro escrito de la administración de cualquier medicamento incluyendo la fecha, la hora, la dosis, el método de administración y el nombre del medicamento. Esta información se incluirá en el expediente del niño. Todos los medicamentos que no sean utilizados serán devueltos a los padres si es posible, o eliminados de acuerdo con los reglamentos del Departamento de Salud Pública.

- **Medicamentos con Receta:** Los medicamentos recetados deben ser llevados a la casa del proveedor en su envase original, el cual debe incluir el nombre del niño, el nombre del medicamento, la dosis, el número de veces al día y el número de días que el medicamento debe ser administrado. La etiqueta del medicamento puede ser aceptada como la autorización por escrito del médico. El proveedor no suministrará los medicamentos en contra de las instrucciones de la etiqueta a menos que haya una autorización escrita del médico del niño. Usted debe completar el formulario "permiso de los padres para la administración de medicamentos" antes de que el medicamento pueda ser administrado.
- **Medicamentos sin Receta:** Usted debe completar el formulario "permiso de los padres para la administración de medicamentos" antes de que el medicamento puede ser administrado. Todos los medicamentos de venta libre (sin receta) deben estar en el envase original del fabricante. Cada dosis de medicamento de venta libre debe ser documentada. Al final del día, su proveedor debe informarle del uso de medicamentos tóxico por motivos de dermatitis causada por el pañal.

Todos los medicamentos deben ser administrados de acuerdo con los requisitos de documentación especificados en el Reglamento 07/11/02 (I) de EEC.

Salud Oral: EEC formuló nuevas regulaciones para todos los programas de educación temprana y cuidado infantil indicando que los niños que participan del programa por más de cuatro horas, o que reciban una comida se cepillen los dientes. Usted tiene la opción de elegir si quiere o no que su(s) hijo(s) participen. Si no desea que su(s) hijo(s) se cepille(n) los dientes mientras esta en el programa, usted debe llenar el formulario de la No participación en el programa de Salud Oral, y renovarla cada año. Esta forma se mantendrá en el expediente de su(s) hijo(s).

¡Recuerde – Si tiene preguntas, inquietudes, y sugerencias, queremos saberlas! Estamos aquí para ayudarle a encontrar, a mantener y a fomentar un ambiente de aprendizaje educativo de alta calidad para su niño!



Reconocimiento de Manual de CDE para Padres

Reconozco que he recibido una copia del manual de familia de Child Development and Education, Inc. y que he leído y entiendo las políticas y procedimientos que CDE ha escrito. Entiendo que si no me atengo a sus políticas y procedimientos, que los servicios de cuidado infantil de mi hijo/a pueden ser terminados.

Fecha: _____

Nombre de Padre/Tutor (Impresión) _____

Firma de Padre/Tutor: _____



Nombre del Padre/Tutor: _____

Dirección: _____

Nombre del Niño(s): _____ Fecha de Inicio del Cuido: _____

Nombre de la Educadora: _____

Los padres entienden que un niño no puede comenzar a recibir cuidado hasta que se haya recibido una (1) semana inicial de pago, igual a la primera semana de cuidado. El cuidado iniciado antes de recibir el pago puede resultar en que los padres sean responsables del pago privado del cuidado.

Cuota Semanal*	Fecha de Inicio de la Cuota:

_____ Iniciales El padre/tutor debe pagar su tarifa semanal completa cada semana, a más tardar el lunes anterior a la semana de cuidado. Los pagos pueden hacerse en efectivo, cheque, giro postal, o mediante autorización de tarjeta de crédito a la oficina regional. El nombre del padre/tutor debe ser identificado en el cheque/giro postal. Los padres recibirán estados de cuentas mensuales que muestran el historial reciente de facturación/pago. Los sobres de pago serán incluidos con los estados de cuentas. Es responsabilidad de los padres mantener informada a la oficina de CDE de cualquier cambio de dirección.

_____ Iniciales El padre/tutor entiende que las tarifas de los padres están sujetas a cambios. La cuota de los padres en su voucher actual reemplaza la cuota de los padres mencionada anteriormente. Si hay una disminución en las tarifas, los depósitos realizados no se pueden reembolsar en efectivo, cheque, o giro postal, pero más bien serán reembolsados a su cuenta como un crédito para su saldo. Para cualquier cambio en la tarifa de los padres, el padre/tutor debe firmar un nuevo Acuerdo de Reconocimiento de la Tarifa de los Padres.

_____ Iniciales El padre/tutor entiende que tienen que pagar sin importar las ausencias explicadas o inexplícadas (enfermedad y/o 2 de semanas vacaciones anuales). Para aquellos padres con un subsidio de tiempo completo/medio tiempo, por favor, recuerde que cualquier día que un niño en edad escolar asista al cuidado tiempo completo, más de cinco horas, **cuando la escuela no esté en sesión**, (es decir, cierre de escuelas, vacaciones escolares, días de salida temprana), la tarifa diaria (tarifa media) se duplicará a una tarifa completa.

_____ Iniciales El padre/tutor entiende que no son responsables de las cuotas de los padres por los días en que el cuidado no está disponible debido a la enfermedad de la educadora, vacaciones u otro cierre no aprobado previamente por EEC, a menos que el niño asista a un cuidado sustituto. Si la educadora permanente está cerrada y el niño es colocado en un cuidado de respaldo, el padre todavía es responsable de pagar la cuota del padre, ya sea que el niño asista o no, a menos que se haya enviado un formulario de rechazo de respaldo a la oficina regional dentro de los 3 días posteriores al cierre.

_____ Iniciales El padre/tutor entiende que EEC pagará la tarifa de los padres por cada día aprobado que el programa de cuidado de niños esté cerrado durante los días festivos y los días de desarrollo profesional aprobados por EEC anualmente.

_____ Iniciales La falta de pago, el retraso en el pago o el saldo acumulado de las tarifas puede resultar en la emisión de un aviso de terminación de 2 semanas como se describe en las Políticas de Cuotas de Padres de CDE y de acuerdo con la Política del Departamento de Educación Temprana y Cuidado.

_____ Iniciales El padre/tutor entiende que puede optar por ingresar en un plan de pago alternativo si Child Development está de acuerdo, y el plan está por escrito, firmado y fechado por CDE y el padre/tutor.

_____ Iniciales El padre/tutor entiende que, si desean terminar su cuidado de niños con la agencia, deben dar un aviso de dos semanas, por escrito, antes del último día de cuidado de los niños.

Firma del Padre/Tutor - REQUERIDO: _____ **Fecha:** _____



Nombre de Padre/Tutor: _____

Dirección: _____

Nombre del Niño: _____

Fecha de Nacimiento del Niño: _____

Nombre de la Escuela: _____

Dirección de la Escuela: _____

Certifico que la documentación de un examen físico y la inmunización, de acuerdo con los requisitos de salud de las escuelas publicas, y la detección de envenenamiento por plomo, de acuerdo con los requisitos de salud publica, se encuentran archivados en la escuela de mi hijo/a.

Firma de Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____



Formulario de Plan de Salud Individual

El plan debe ser renovado anualmente o cuando cambie la condición del niño/a

(MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)

PLAN FUE CREADO POR:

- Padre
- Doctor ó Practicante con Licensia
- Consultor de atención médica del programa
- Niño/a de edad escolar (9+ años de edad)
- Otro: _____

PLAN ESTÁ MANTENIDO POR:

- Director
- Asistente del Director
- Educador del Niño/a
- Otro: _____



Nombre del Niño/a: _____ Fecha: _____

Cualquier cambio en el Plan de Salud del niño/a? Si (indique los cambios abajo) No (firmas actualizadas del médico/padre requeridas)

Nombre de la condición crónica de salud:

Descripción de la condición crónica de salud:

Síntomas:

El tratamiento medico necesario, mientras está en el programa:

Los posibles efectos secundarios del tratamiento:

Posibles consecuencias si el tratamiento no se administra:

Nombre de educadores que recibieron entrenamiento sobre como hacer frente a la condición médica:

Persona que entrenó al educador (Practicante de atención médica del niño/a, padre del niño/a, Consultor de atención médica del programa):

Nombre del Practicante Licenciado de Salud (en letra de molde): _____

Autorización del Practicante Licenciado de Salud: _____ Fecha: _____

Consentimiento de los Padres/Tutores: _____ **Fecha:** _____

Para los niños mayores SOLAMENTE (9+ años de edad)

Con el consentimiento escrito de los padres y la autorización del Practicante Licenciado de Salud, este Formulario de Plan de Salud Individual permite a los niños mayores en edad escolar cargar su propio inhalador y/o auto-inyector de epinefrina y utilizarlos como sea necesario sin la supervisión directa de un educador.

El educador tiene conocimiento de los contenidos y requisitos del Plan de Salud Individual del niño/a especificando cómo se mantendrá el inhalador o epinefrina auto-inyector asegurado contra el acceso de otros niños en el programa. Cuando un Plan de Salud Individual autoriza a un niño/a para llevar su propia medicación, el educador está obligado a mantener en el programa una fuente de reserva de la medicación para uso cuando sea necesario.

Edad del niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fuente de reserva de medicación recibido? Si No

Firma del Padre: _____ **Fecha:** _____

Firma del Administrador: _____ **Fecha:** _____



Notas Adicionales:

Al llenar los formularios de inscripción, algunas preguntas pueden requerir más información de la que se permite en el espacio disponible. Por favor utilice este espacio para completar alguna información adicional sobre las preguntas anteriores. Por favor indique la página y la pregunta a la cual se refiere y la respuesta completa en la sección de notas.

NOTAS:

Consentimiento de los Padres/Tutores: _____ Fecha: _____