



Escuelas de Englewood Programa de Educación temprana Información Familiar y del Niño

La información que proporcione será confidencial. Se utilizará para determinar la posible elegibilidad de financiamiento para su hijo.

1. Nombre Legal Niño: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
Nombre, Apellido Fecha de Nacimiento

2. Padre/Guardián 1: _____ Relacion: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
Nombre, Apellido

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Numero de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Empleador: _____ Numero de Telefono trabajo: _____

Correo Electrónico: _____

Cuántas personas viven en su casa: Adultos _____ Niños _____

3. Padre/Guardián 2: _____ Relacion: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____
Nombre, Apellido

Tienen los padres/Guardianes la misma dirección: Si No

Dirección: _____ Numero de Teléfono: _____

Empleador: _____ Numero de Telefono de trabajo: _____

Correo Electrónico: _____

Cuántas personas viven en su casa: Adultos _____ Niños _____

4. Personas con las que vive el niño: Ambos Guardian 1 Guardian 2 Otro: _____

5. ¿Quiénes son las personas importantes en la vida de su hijo? (Hermanos, personas con las que su hijo pasa tiempo con regularidad)

Nombre	Edad	Parentesco	Vive con el niño

6. Peso al nacer del niño: _____ lbs _____ oz ¿Nació su hijo a término? Sí No No sabe

7. ¿Su hijo requirió atención médica especial u hospitalización al nacer o durante los primeros meses de vida?
 Si No Si es si por favor de Explicar _____

8. ¿Su hijo ha sido atendido por algún proveedor como terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, psicóloga o terapeuta del habla? Si No Si es si por favor de explicar: _____

9. ¿Su hijo tiene historial de alguna de las siguientes enfermedades? Marque las casillas que correspondan.

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Infecciones respiratorias | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Falta de control de la vejiga |
| <input type="checkbox"/> Dolores de estomago | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Problemas de piel | <input type="checkbox"/> Infecciones de oído |
| <input type="checkbox"/> Sobrepeso | <input type="checkbox"/> Perdida de peso | <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza | <input type="checkbox"/> Tubos de PE en los oídos |
| <input type="checkbox"/> Problemas de visión | <input type="checkbox"/> Ronquidos | <input type="checkbox"/> Problemas de audición | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardiaca |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> Otro | | |

10. ¿Está su hijo actualmente bajo el cuidado de un médico por problemas de salud específicos? Si No

Si es que si por favor de explicar: _____

11. ¿Su hijo está tomando medicamentos, tiene una dieta especial o tiene alergias? Si No Si es que si por favor de explicar: _____

12. Su hijo ha tenido experiencias estructuradas con niños de su edad? (ejemplo guardería, preescolar, parque etc.) _____

13. Tiene usted alguna preocupación sobre el desarrollo o el comportamiento de su hijo? _____

14. Tiene usted y su familia seguro medico? _____ Si _____ No

Medical _____ Si _____ No Aseguraza privada: _____

15. Oficina de Doctor? _____ Oficina de Dentista? _____

16. Que idioma se habla en la casa o con la niñera: _____

17. Que idioma Habla o idioma(s) habla su hijo? _____

18. Que Idioma entiende su Hijo? _____

19. Como describiría la personalidad de su hijo? _____

20. Como describiría su residencia:

- | | | |
|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Refugio o vivienda de transición | <input type="checkbox"/> Hotel/Motel | <input type="checkbox"/> Familiares Amigos |
| <input type="checkbox"/> Sin refugio (automóviles, parques, campamentos) | <input type="checkbox"/> | Ninguno de estos se aplica |

La residencia es importante ya que se relaciona directamente con los derechos educativos bajo la Ley McKinney-Vento, que garantiza la educación a los estudiantes sin hogar. "Sin hogar" se define en la ley como "los niños que carecen de una residencia nocturna fija, regular y adecuada, incluidos aquellos que comparten la vivienda con otros debido a la pérdida de la vivienda, dificultades económicas o una razón similar".

Doy permiso al Programa de Educación Infantil Temprana de las escuelas de Englewood para realizar un examen de salud y del desarrollo.

Firma del padre o guardian: _____ Fecha: ____/____/____