



Se dará prioridad a
niños de 4 años
Inscripciones
también para niños
con necesidades
especiales

¿BUSCA PRESCOLAR PARA SU HIJO?

REGISTRELO AHORA PARA EL CICLO ESCOLAR 2022-2023

Usted podría calificar para alguno de nuestros programas gratuitos si:

- ◆ Su hijo tiene 3 o 4 años de edad
- ◆ Su familia reúne los requisitos de ingresos para **Head Start** o **Prescolar Estatal**
- ◆ Su familia vive dentro del área de asistencia de Título I

El paquete de registro se puede completar y enviar por correo electrónico

1. Complete este paquete de registración.
2. Contacte la oficina de precolar para programar una cita para completar el registro.

SI EL PAQUETE SE ENTREGO POR MEDIO DE CORREO ELECTROCONICO:

1. Envió el paquete a pkreg@egusd.net
2. Incluya las fotografías de los documentos requeridos

SI EL PAQUETE SE ENTREGO EN LA OFICINA:

1. Dejar el paquete en la oficina de su secretaria designada
2. Deje copias de los documentos requeridos o envíelos por correo electrónico a su secretaria designada

Documentos Requeridos (junto con el paquete de registración):

- Acta de Nacimiento del niño/a que está registrando (*copia certificada o del hospital*)
- Acta de nacimiento de **TODOS** sus hijos/as menores de 18 años de edad (*copia certificada o del hospital*)
- Ingresos recientes y consecutivos de los últimos 30 días:
 - (*talones de cheques, declaración de impuestos, incapacidad, seguro social, CalWorks, desempleo, carta del empleador*)
- Cartilla de vacunación o récord de vacunación de su medico
- Verificación de domicilio reciente:
 - (*Recibo de impuestos de propiedad, recibo de hipoteca/renta, contrato de vivienda, recibo de utilidades, talón de cheques reciente, registración de votante o documentación de alguna agencia gubernamental*)
- Nombre del plan médico y dental
- Tarjetas de las pólizas medica y dental, o de Medical
- Tarjeta de WIC, *si lo recibe*

Además de los siguiente, si aplica:

- Documentos de la corte (*tutela legal, Foster, custodia, ordenes de restricción*)
- Plan Educativo Individualizado (IEP), si su hijo/a recibe servicios de Educación Especial como terapia de habla, etc.



____/____/____

Se requiere la información en esta página para la inscripción.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

¿El estudiante ha asistido a una escuela de EGUSD (incluyendo preescolar): No Sí # de ID del Estudiante de EGUSD _____

¿El estudiante se encuentra expulsado o tiene pendiente la audiencia de expulsión de EGUSD o de otro distrito escolar? Sí No

Nombre Legal Completo del Estudiante: _____
Apellido Primer Segundo Sufijo (Jr. III, IV)

NIVEL DEL GRADO _____ GÉNERO: MASCULINO FEMENINO NO-BINARIO Apodo _____

Otro nombre conocido: Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Sufijo _____

Fecha de Nac.: (mes/día/año) _____ Correo Electrónico del Estudiante _____ # de Celular del Estudiante _____

RAZA/ETNICIDAD

Etnicidad: No hispano Hispano/latinx (persona de Cuba, de México/ Puerto Rico, Centro/Sud América u otra cultura u origen española)

Raza – favor de escoger todas las que aplican

- Caucáseo Afroamericano Indio americano
 Chino Japonés Coreano
 Vietnamés Hindú asiático Laosiano
 Camboyano Hmong Otro asiático
 Nativo de Hawái De la isla de Guam Samoano
 Tahitiano Otro isleño del Pacífico Filipinx

DEMOGRAFÍA

Domicilio de Residencia _____
Número y Calle – Apto. Ciudad Estado Código Postal

Domicilio para Enviar Correo _____
(Si es diferente al domicilio de residencia) P.O. Box/Número y Calle Ciudad Estado Código Postal

ENCUESTA DEL IDIOMA MATERNO DEL HOGAR

- 1. ¿Qué idioma su hijo aprendió hablar cuando él/ella empezó hablar? _____
2. ¿Qué idioma su hijo habla más frecuentemente en el hogar? _____
3. ¿Qué idioma usted usa más frecuentemente cuando usted habla con él/ella en el hogar? _____
4. ¿Qué idioma usan los adultos más a menudo en el hogar? _____
(ej.: padres, tutores, abuelos, o cualquier otro adulto)

FOR OFFICE USE ONLY
School Name _____ Enrollment Date _____ Birth Date Verified
Birth Date Verification Method _____ Address Verification Method(s) _____
Immunizations Complete? YES NO Student Notifications? YES NO Permit Type _____ Permit Date _____
Track _____ Enrolled by _____ Date entered in Synergy _____

Por favor complete ambas páginas

Se requiere la información en esta página para la inscripción.

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR

Padre/Tutor _____ Tutor Legal Otro

Parentesco _____ ¿Esta persona vive con el estudiante? Sí No Compartir Datos Sí No

Domicilio para Enviar Correo _____

(si es diferente al del estudiante) Número y Calle – Apto. Ciudad Estado Código Postal

Celular _____ Empleo _____ Hogar _____

Correo Electrónico _____ Idioma Preferido _____

Nivel de educación – por favor marque uno que aplique más a su situación.

No graduado de la escuela preparatoria Algo de colegio o certificado de asociado Graduado del colegio/postgraduado

Graduado de la escuela preparatoria Graduado del colegio

Servicio Militar:

Activo Fuerzas Armadas

Tiempo completo en la Guardia Nacional

Reserva Fuerzas Armadas

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR

Padre/Tutor _____ Tutor Legal Otro Difunto

Parentesco _____ ¿Esta persona vive con el estudiante? Sí No Compartir Datos Sí No

Domicilio para Enviar Correo _____

(si es diferente al del estudiante) Número y Calle – Apto. Ciudad Estado Código Postal

Celular _____ Empleo _____ Hogar _____

Correo Electrónico _____ Idioma Preferido _____

Nivel de educación – por favor marque uno que aplique más a su situación.

No graduado de la escuela preparatoria Algo de colegio o certificado de asociado Graduado del colegio/postgraduado

Graduado de la escuela preparatoria Graduado del colegio

Servicio Militar:

Activo Fuerzas Armadas

Tiempo completo en la Guardia Nacional

Reserva Fuerzas Armadas

Nombre de la persona completando el formulario (**letra de molde**): _____ Parentesco: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

(certificando que la información proporcionada es verdadera)

Gracias por completar el proceso de inscripción del estudiante. Se revisará su información para inscribir a su hijo en Elk Grove Unified School District.

Parte II: Formulario de Información Suplementaria del Estudiante

Ya que usted terminó de llenar la información requerida de inscripción, por favor proporciónenos información adicional para apoyar la asignación y los servicios para su estudiante.

Nombre del estudiante: _____

ELEGIBILIDAD PARA LA PARTICIPACIÓN EN PROGRAMA EDUCACIONAL Padre/Tutor: _____

¿Qué servicios especiales su hijo ha recibido?

Ninguno 504-Acomodación GATE Educación Especial Desarrollo del Idioma Inglés (ELD) Bilingüe

Petición para Educación Migrante # de ID Educación Migrante: _____

¿Tiene usted estado de refugiado? Sí No ¿Tiene usted una visa especial de inmigración? Sí No

¿Cuáles de las siguientes mejor describe el lugar donde su hijo vive, si aplica? (Federalmente Requerido)

- Sin Hogar (Si es así, por favor indique la categoría de la residencia): Sí No
 - Albergue Temporal Hotel/Motel Temporalmente Viviendo con Amistad/Familia Temporalmente Sin Albergue
- Residencia Primaria Cuidado de Crianza (si es así, indique el tipo de vivienda): Sí No
 - Familia Cuidado de Crianza o Parentesco Institución Con Licencia de Cuidado de Niños (Grupo de Hogar)

ASISTENCIA PREESCOLAR

¿Asistió su hijo al preescolar? Sí No

Si es así, ¿qué tipo de preescolar? Preescolar de EGUSD Otro Público Privado

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA ADICIONAL

Lugar de Nacimiento: Ciudad _____ Estado _____ País _____

Fecha de Entrada Escolar en los Estados Unidos: ____/____/____ Ciudad _____ Estado _____

NOMBRES DE TODOS LOS NIÑOS EN LA FAMILIA (TODAS LAS EDADES)

NOMBRE	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	ESCUELA DE ASISTENCIA ESCOLAR	VIVE EN EL HOGAR
--------	------------	---------------------	-------------------------------	------------------

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

INSCRIPCIÓN PREVIA

Escuela de Asistencia Escolar Previa _____ Última Fecha Asistencia Escolar _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____ Teléfono _____ Fax _____

Nombre del Previo Distrito Escolar _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA: Personas que se puedan contactar en caso de emergencia cuando el padre/tutor no pueda localizarse.

Parentesco _____ Nombre _____ Compartir Datos Sí No
Teléfono del Hogar _____ Empleo _____ Celular _____

Parentesco _____ Nombre _____ Compartir Datos Sí No
Teléfono del Hogar _____ Empleo _____ Celular _____

Parentesco _____ Nombre _____ Compartir Datos Sí No
Teléfono del Hogar _____ Empleo _____ Celular _____

Proveedor de Cuidado de Niños _____
Nombre Dirección Ciudad Zona Postal
Teléfono del Hogar _____ Empleo _____ Celular _____

CONTACTOS ADICIONALES

Nombre del Dr. _____ Teléfono _____ Ext _____ Hospital _____
Proveedor de Servicios Médicos _____ # Póliza Médica _____
Trabajador/a Social (Agencia) _____ Correo Electrónico _____ Teléfono _____
Trabajador/a Social (Condado) _____ Correo Electrónico _____ Teléfono _____
Oficial de Libertad Condicional _____ Correo Electrónico _____ Teléfono _____

HISTORIAL DE SALUD FAVOR DE MARCAR LA CASILLA SI EL ESTUDIANTE NO TIENE PROBLEMAS DE SALUD/ ENFERMEDADES Favor de marcar cualquiera y todas las que apliquen en el historial del estudiante. Use el área enseguida para explicar/recomendar la alerta médica.

Alerta Médica (condición no enumerada – describa enseguida)

- | | | | | | |
|--|--|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> ADHD | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Concusión | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza-Migraña | <input type="checkbox"/> Alerta de Inmunizaciones | <input type="checkbox"/> Procedimiento Especializado de Salud |
| <input type="checkbox"/> Alergia– No alimentos | <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Fibrosis Cística | <input type="checkbox"/> Plan de Salud | <input type="checkbox"/> Desorden Intestinal | <input type="checkbox"/> Discapacidad del Habla |
| <input type="checkbox"/> Alergia – Alimentos | <input type="checkbox"/> Desorden Autoinmune | <input type="checkbox"/> Dental | <input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva | <input type="checkbox"/> Ortopédico/Escoliosis | <input type="checkbox"/> Síndrome – Otro |
| <input type="checkbox"/> Alergia – Nueces | <input type="checkbox"/> Desorden Sanguíneo | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Condición del Corazón | <input type="checkbox"/> Marca pasos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Alergia – Cacahuates | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Desorden Alimenticio | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Desorden de Convulsiones | <input type="checkbox"/> Desorden Urinario |
| <input type="checkbox"/> Desorden de Ansiedad | <input type="checkbox"/> Enfermedad Celiaca | <input type="checkbox"/> Eczema | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Anemia Falciforme | <input type="checkbox"/> Discapacidad Visual |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Fractura | <input type="checkbox"/> IEP Servicios de Enfermería | <input type="checkbox"/> Condición de Piel- Otra | <input type="checkbox"/> Desorden de Peso |

Explicación/recomendación pertinente a lo anterior: _____

¿Actualmente el estudiante toma medicamentos? Sí No ¿El medicamento es requerido durante el día escolar? Sí No

EL MEDICAMENTO NO SE PUEDE ADMINISTRAR EN LA ESCUELA SIN EL FORMULARIO FORMAL REQUERIDO FIRMADO POR UN DOCTOR Y EL PADRE.

YO COMPRENDO QUE EN CASO DE EMERGENCIA CUANDO UN PADRE/TUTOR O CONTACTO DE EMERGENCIA NO PUEDA SER LOCALIZADO, LA ESCUELA ESTÁ AUTORIZADA PARA QUE LLEVEN A MI ESTUDIANTE AL DOCTOR DE CABECERA O AL HOSPITAL MÁS CERCANO BAJO COSTOS DEL PADRE/TUTOR.

Nombre de la persona completando el formulario (**letra de molde**): _____ Parentesco: _____
Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____
(certificando que la información proporcionada es verdadera)

Por favor complete ambas páginas

2 de 2

Actualizado: en junio del 2019

NOTIFICACION SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACION A LAS GUARDERIAS INFANTILES

DERECHOS DE LOS PADRES

Como padre/madre/representante autorizado, usted tiene derechos a:

1. Entrar e inspeccionar la guardería infantil (llamada “guardería” de aquí en adelante) sin notificación previa, en cualquier momento en el cual los niños estén bajo cuidado.
2. Presentar una queja con la oficina de licenciamiento en contra de la persona con licencia y revisar el expediente público que la oficina de licenciamiento tenga de la persona con licencia.
3. Revisar, en la guardería, los reportes sobre las visitas a guardería por parte de la oficina de licenciamiento y las quejas comprobadas en contra de la persona con licencia que se hayan presentado durante los últimos tres años.
4. Quejarse con la oficina de licenciamiento e inspeccionar la guardería sin que se discrimine ni que se tomen represalias en contra de usted ni de su hijo.
5. Pedir por escrito que no se le permita a un padre/madre que visite al niño de usted ni que se lo lleve de la guardería, siempre y cuando usted haya presentado una copia certificada de la orden de la corte.
6. Recibir de la persona con licencia el nombre, dirección y número de teléfono de la oficina local de licenciamiento.

Nombre de la oficina de licenciamiento: Department of Social Services Child Care Licensing

Dirección de la oficina de licenciamiento: 2525 Natomas Park Drive, Suite 250, Sacramento, CA 95833

Número de teléfono de la oficina de licenciamiento: (916) 263-5744

7. Después de haberlo solicitado, que la persona con licencia le informe del nombre y tipo de asociación con la guardería de cualquier persona adulta a quien se le haya otorgado una exención en relación a sus antecedentes penales, y que el nombre de la persona también se puede obtener comunicándose con la oficina local de licenciamiento.
8. Recibir de la persona con licencia, el formulario sobre el proceso para la revisión de los antecedentes de los proveedores de cuidado.

NOTA: LA LEY ESTATAL DE CALIFORNIA ESTIPULA QUE LA PERSONA CON LICENCIA PUEDE NEGAR EL ACCESO A LA GUARDERIA AL PADRE/MADRE/REPRESENTANTE AUTORIZADO SI SU COMPORTAMIENTO PONE EN RIESGO A LOS NIÑOS BAJO CUIDADO.

Pare ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (conocida en inglés como “Registered Sex Offender Database”), vaya a www.meganslaw.ca.gov

LIC 995 (9/08)

CONFIRMACION DE HABER RECIBIDO LA NOTIFICACION SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES

(Se requiere la firma del padre/madre/representante autorizados)

Yo, el padre/madre/representante autorizado de _____, he recibido, de la persona con licencia, una copia de la “NOTIFICACION SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACION A LAS GUARDERIAS INFANTILES” y el formulario sobre el PROCESO PARA LA REVISION DE LOS ANTECEDENTES DE LOS PROVEEDORES DE CUIDADO.

Distrito Escolar Unificado Escolar de Elk Grove, PreK-6 Education

Nombre de la guardería

Firma (padre/madre/representante autorizado)

Fecha

NOTA: Esta confirmación se tiene que conservar en el expediente del niño y una copia de la Notificación se le tiene que dar al padre/madre/representante autorizado.

Pare ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (conocida en inglés como “Registered Sex Offender” Database), vaya a www.meganslaw.ca.gov

Staff Use Only: 2nd Year Parent Initial: _____ Date: _____

LIC 995 (9/08)

DERECHOS PERSONALES

Guarderías Infantiles

Derechos personales – Vea la Sección 101223 sobre las condiciones para exenciones en relación a las guarderías infantiles.

- (a) Guarderías infantiles. Cada niño que reciba servicios de una guardería infantil tendrá derechos que incluyen, pero que no se limitan a los siguientes:
- (1) A ser tratado con dignidad en sus relaciones personales con el personal del establecimiento y con otras personas.
 - (2) A que se le proporcione alojamiento, muebles, y equipo que sean seguros, higiénicos, y cómodos, para satisfacer sus necesidades.
 - (3) A no recibir castigo corporal o poco común; a que no se le cause dolor o humillación; a que no le intimide; a no recibir burlas coerción, amenazas, abuso mental, u otros castigos incluyendo, pero no limitándose a: interferir con las funciones diarias de la vida, tales como el comer, dormir, o usar el baño; a que no se le niegue alojamiento, ropa, medicamentos, o medios auxiliares para el funcionamiento físico.
 - (4) A que la persona con licencia para el cuidado de niños le informe al niño, así como a su representante autorizado si lo hay, sobre lo que dice la ley con respecto a las quejas. Esta información debe incluir, pero no limitarse a la dirección y número de teléfono de la sección en la oficina de licenciamiento que recibe quejas, e información con respecto a la confidencialidad.
 - (5) A tener la libertad de asistir a los servicios o las actividades religiosas que desee, y a recibir visitas del consejero espiritual que prefiera. La asistencia a los servicios religiosos, ya sea dentro o fuera del establecimiento, deberá ser completamente voluntaria. En las guarderías infantiles, los padres o tutores legales del niño deberán tomar las decisiones sobre la asistencia a servicios religiosos y las visitas de consejeros espirituales.
 - (6) A que no se le encierre con llave en ninguna habitación, edificios, ni parte del establecimiento durante el día o la noche.
 - (7) A que no se le coloque en ningún aparato para limitar sus movimientos, excepto en un aparato de restricción para proporcionar apoyo que hay sido aprobado desde antes por la oficina de licenciamiento.

EL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL TIENE EL DERECHO A QUE SE LE INFORME SOBRE LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO APROPIADA CON LA CUAL DEBE COMUNICARSE SI TIEN QUEJAS. LA OFICINA ES:

NOMBRE		
Department of Social Services Child Care Licensing		
DIRECCION		
2525 Natomas Park Drive Suite #250		
CIUDAD	CODIGO POSTAL	AREA/NUMERO DE TELEFONO
Sacramento	95833	(916) 263-5744

AL: PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL/NINO O REPRESENTANTE AUTORIZADO

Complete la siguiente confirmación, una vez que se le haya dado la información respecto a los derechos personales de una manera satisfactoria y complete, según se explica aquí:

CONFIRMACIÓN: Se me (nos) informo personalmente y recibí una copia de los derechos personales que contiene el Título 22 del Código de Ordenamientos de California, en el momento de admisión a:

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)	(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LA DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO)
Elk Grove Unified School District, PreK-6 Education	9510 Elk Grove-Florin Rd. 95624
(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE EL NIÑO)	
(FIRMA DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE.TUTOR LEGAL)	
(TITULO/PUESTO DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)	(FECHA)

Elk Grove Unified School District
PreK-6 Education

Nombre del niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Iniciales

AUTORIZACION PARA TOMAR FOGRAFIAS O GRABACIONES DE VIDEO

Por medio de este documento doy mi consentimiento de que mi niño/a sea fotografiado/a o grabado para el uso del salón de preescolar.

Es de mi conocimiento que las fotografías/diapositivas/videos de mi niño/a serán utilizadas para demostrar las mejores técnicas y estrategias dentro de los ambientes de educación temprana. Los materiales visuales serán presentados a educadores de la niñez, a los administradores y a los representantes de la familia que participa en el programa preescolar.

Es de mi conocimiento que ninguna fotografía, diapositiva o video será entregado a personas, agencia, o a publicaciones sin la debida autorización por escrito.

- Sí, estoy de acuerdo** que mi hijo/a sea fotografiado con propósitos académicos
- No, no estoy de acuerdo** que mi hijo/a sea fotografiado con propósitos académicos.

Iniciales

AUTORIDAD DE INSPECCION DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES

-Titulo 22, División 12, Capitulo 1, Artículo 4, Sección 101200 (b) y (c)

Es de mi conocimiento que:

- (b) El Departamento tiene la autoridad para entrevistar a los niños/as o al programa, e inspeccionar y auditar los expedientes del niño/a, así como también del centro de cuidado de los niños, sin previo consentimiento.
 - (1) El titular de la licencia hará los arreglos necesarios para las entrevistas privadas, con cualquiera de los niños/as, o miembros del personal; y para la inspección de los expedientes referentes a la operación
- (c) El departamento tiene la autoridad para observar la condición física del niño/a, incluyendo las condiciones que podrían indicar cualquier abuso, negligencia, así como también si el lugar les inadecuado para el niño.

Nombre del padre/guardián: _____

Firma del padre/guardián: _____

Fecha: _____

Staff Use Only: 2nd Year Parent Initial: _____ Date: _____

HISTORIA DE SALUD Y DESARROLLONombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____ M FEscuela de Prescolar: _____ AM PM FD Año del Programa: 1 2Seguro Médico: Medi-Cal Ninguno Seguro Privado: _____ Foster

Nombre del médico del niño/a: _____ Teléfono _____ Plan médico: _____

Nombre del dentista del niño/a: _____ Teléfono _____ Plan dental: _____

HISTORIAL DE SALUD**¿Tiene su hijo alguno de los siguientes:**

- Sí No Asma-PK Staff review Asthma Checklist
- Sí No Diabetes
- Sí No Problemas del corazón Si es así, _____
- Sí No Convulsiones Si es así, describa de que tipo: _____
- Sí No Parálisis Cerebral
- Sí No Picadura grave de abeja / alergia a la picadura de insecto
- Sí No Tubos de miringotomía (ventilación) en los oídos
- Sí No Aparatos del oído
- Sí No Problemas de visión (el niño entrecierra los ojos, los ojos cruzados, el "ojo vago", etc.)
- Sí No Lentes recetados por el médico Si es así, ¿el niño usa lentes? Sí No
- Sí No ¿Su hijo/a usa equipo de movilidad? (aparatos ortopédicos para piernas / tobillos, andador, silla de ruedas): _____
- Sí No Enfermedad de células falciformes / Rasgo de células falciformes (circule uno)
- Sí No Eczema Otro tipo de condición en la piel, describa: _____
- Sí No Anemia (bajo nivel de hierro en sangre)
- Sí No Alergias ambientales Si es así, a qué? _____
- Sí No ¿Está su hijo/a expuesto al humo del tabaco?
- Sí No ¿Alguna enfermedad grave o cirugía? Por favor describa: _____
- Sí No ¿Otras necesidades o preocupaciones médicas? Por favor describa: _____
- Sí No **¿Está su hijo/a viendo a uno de los siguientes especialistas:**
- Audiología Doctor de oído, nariz, garganta (ENT) Neurólogos
- Optometrista (doctor de los ojos) Terapeuta del Habla Otro: _____
- Sí No **¿Ha recibido su hijo/a alguna vez servicios de:**
- Alta Regional California Children Services (CSS) Instituto Mental (Mind Institute)
- Hospital Shriner's Servicios de Educación Especial Otro: _____

MEDICAMENTOS

- Sí No **¿Toma su hijo/a algún medicamento?**
Si es así, enliste: _____
- Sí No **¿Necesitará su hijo/a tomar algún medicamento en la escuela?**
Si es así, enliste: _____

HISTORIAL DENTAL

- Sí No ¿Ha visto su hijo/a un dentista en los últimos 12 meses?
- Fecha de la última visita con el dentista: _____
 - La próxima cita dental es el: _____
- Sí No ¿Su hijo/a tiene alguna caries?
- Sí No ¿Tiene su hijo/a algún problema con dolor en los dientes o encías?
- Sí No ¿Usa su hijo/a biberón?

HISTORIAL DE NUTRICION

- Sí No ¿Su hijo/a es **alérgico** a algún alimento? *(Por favor notifique al personal de prescolar)*
Si es así, enliste: _____
- Sí No ¿Alguna vez le recetaron a su hijo/a un EpiPen o un antihistamínico para las alergias alimentarias?
- Sí No ¿Su hijo/a es intolerante a la lactosa?
- Sí No Si su hijo/a está en una dieta especial o alimentación por sonda? Si es así, describa: _____
- Sí No ¿Hay algún alimento que su hijo/a no deba comer por razones de preferencia religiosa?
Si es así, enliste: _____
- Sí No ¿Es su hijo/a vegetariano / vegano?
- Sí No ¿Come su hijo/a algún artículo no alimenticio (como arcilla, tierra, tiza) de manera regular?
Si es así, describa: _____
- ¿Está el médico del su hijo/a al tanto de esta condición? Sí No
- Sí No ¿Recibe su hijo/a WIC? Numero de WIC: _____

¿Cuántas veces al día su hijo/a toma los siguientes alimentos (incluye las comidas escolares):

	1-2	3-5	>6
Pastel, galletas, dulces, papas fritas, helados			
Soda, bebidas endulzadas			
Alimentos Sin carne: Frijoles, lentejas, mantequilla de cacahuete			
Fruta: Manzanas, naranjas, plátanos, uvas, mango, papaya, fresas			
Verduras: brócoli, zanahorias, judías verdes, calabasas, papas			
Granos: Cereal, pan, arroz, granos molidos, tortillas, avena			
Lácteos: Leche, yogurt, queso, leche alternativa, huevo			

HISTORIAL DEL DESAROLLO:

- Sí No Camino a los 14 meses
- Sí No Uso palabras sencilla a los 15 meses
- Sí No Está entrenado para ir al baño
- Sí No Preocupaciones sobre el desarrollo: _____
- Sí No Preocupaciones sobre el comportamiento: _____

El niño/a se duerme a las: _____ PM Despierta a las: _____ AM Siestas: _____ horas por día

HISTOARIAL DEL EMBARAZO / NACIMIENTO

- Sí No ¿Hubo complicaciones con el embarazo o el nacimiento del niño/a?
Si es así, describa: _____
- Sí No ¿Usó la madre algún medicamento, alcohol, drogas ilegales o tabaco durante el embarazo?
Si es así, describa: _____
- Sí No ¿Tuvo su hijo/a algún problema al nacer o durante el primer mes de vida?
Si es así, describa: _____
- Sí No ¿Su hijo/a nació prematuro/a? Si es así, nació a los _____ meses de gestación

Díganos cualquier otra cosa que desee que sepamos sobre la salud de los niños: _____

Nombre del padre/guardián: _____ Padre/Madre Guardián Padre adoptivo/temporal

Firma del padre/guardián: _____ Fecha: _____

Revisado por el personal de prescolar: _____ Fecha: _____

Staff Use Only: 2nd Year Parent Initial: _____ Date: _____

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE SALUD

Nombre del niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nosotros deseamos que su niño tenga la mejor oportunidad para un crecimiento y desarrollo positivo durante su estancia con nosotros en el Programa de Head Start. Los niños saludables aprenden mejor. El Programa de Head Start tiene requisitos de salud y proporciona examen de salud en la escuela para ayudar a identificar algún problema de salud o dental que pueda necesitar la atención y/o tratamiento. Nosotros le animamos para que participe activamente en el cuidado de salud de su hijo.

En la escuela se le realizarán evaluaciones a su hijo/a de la **vista, audición, altura/peso, evaluación dental, evaluación del habla/lenguaje y del desarrollo**. **Estas evaluaciones o exámenes son requeridos por el programa**. Los resultados de los exámenes o evaluaciones serán compartidos con ustedes.

Por favor marque una de las siguientes opciones y firme en la parte de abajo.

Estoy enterado/a de los servicios de salud y de los exámenes requeridos del Preescolar Head Start.

- Sí, yo estoy de acuerdo** que mi hijo/a participe en cualquier evaluación o examen de salud que se proporcione en la escuela.

Firma del padre/guardián Fecha Firma del personal Fecha

- No, yo no deseo** que mi hijo/a participe en cualquier evaluación o examen de salud que se proporcione en la escuela y voy a hacer que el doctor de mi hijo/a haga los exámenes.

Firma del padre/guardián Fecha Firma del personal Fecha

Staff Use Only: 2nd Year Parent Initial: _____ Date: _____

Enfrentando los Hechos: Una Guía para Padres que les Ayuda a Entender el ABUSO INFANTIL

Definición de Abuso Infantil

En este artículo el término "abuso infantil" se refiere daño físico, el cual es hecho por otra persona, de manera intencional a un niño(a). "Abuso infantil" también se le llama al abuso sexual de un niño(a) o cualquier acto u omisión pre-escrita en la Sección 273a (con cruel intenciones o castigo no justificado a un niño(a) o 273d (castigo corporal ilegal). También es considerado "Abuso infantil" la negligencia del cuidado de un niño(a) o el abuso en otro lugar que no es su hogar, como está dicho en este artículo. Una pelea entre niño(a)s no es considerado "Abuso infantil"

Código Penal sección 11165.6

Definición de Abuso Sexual

En este artículo el término "abuso sexual" se refiere a un asalto sexual o explotación sexual y es definido por lo siguiente: (a) "asalto sexual" es comportamiento en violación de una o más de las siguientes secciones: Sección 261 (violación), 264.1 (violación en grupo), 285 (incesto), 286 (sodomía), subdivisión(a) o (b) de la sección 288 (actos obscenos o lascivos hechos a un niño(a) menores de 14 años), 288a(copulación oral), 289 (penetración genital o rectal con un objeto), o 647a(abuso sexual de un niño(a)).

Código Penal sección 11165.

Definición de Negligencia

En este artículo el término "negligencia" es definido como un trato negligente o maltrato a un niño(a), por la persona responsable del bienestar de ese niño(a) bajo circunstancias que indiquen peligro o amenaza de peligro a la salud o bienestar del niño(a). Este término también incluye acciones y omisiones por parte de la persona responsable.

Código Penal sección 11165.2

Servicios y Contactos

Para su información, el siguiente cuadro le enseña que agencia le puede asistir de acuerdo a sus necesidades:

	Policía o Alguacil	Departamento del Condado del Servicio Social para Niños	División Estatal o Local de Guarderías Comunes Certificadas
* Si usted cree que un niño está siendo (o ha sido) abusado por un individuo (pariente, amigo)...	X	X	
*Si usted cree que un niño ha sido asaltado por un extraño...	X		
*Si usted cree que un niño está siendo (o ha sido) abusado en una guardería donde asiste (centro de cuidados de niños, escuela, centro de recreación, guardería familiar)...	X		X
*Si usted tiene cualquier pregunta o queja de cualquier agencia certificada, personal o programas de una guardería certificada...			X

Quienes deben de Reportar

Aunque toda persona debería de reportar cualquier sospecha de abuso infantil y negligencia, El Código Penal de California dice que ciertos profesionales y todo trabajador debe de reportar a las autoridades correspondientes, si sospechan de abuso. Este mandato incluye que reporten:

- *Cualquier persona que tiene niños bajo su cuidado (maestros, trabajadores de guarderías, padres adoptivos, trabajadores sociales)
- *Practicantes de medicina (médicos, dentistas, psicólogos, enfermeras)
- * Otros practicantes (trabajadores públicos de salud, consejeros, religiosos quienes tratan con niños)
- *Empleados de agencias protectoras de niños (policía o alguacil, oficiales provisionales, empleados del departamento del condado de welfare)

Si sospecha de abuso, debe de reportarlo inmediatamente a la Policía o al CPS. Si falla en reportar por escrito la sospecha de algún abuso a cualquier persona o agencia designada (arriba mencionadas) durante las siguientes 36 horas es un crimen castigado o multado por 6 meses de cárcel y/o \$1,000 de multa.

Recuerde, usted tiene la mayor responsabilidad de que su hijo este bien. Con un poco de tiempo, esfuerzo, y comprensión usted pudiera prevenir que su hijo(a) sea abusado o ayudarlo(a) cuando un abuso suceda.

RECIBO INFORMATIVO SOBRE LA PREVENCIÓN DE ABUSO INFANTIL

Doy fe que yo/nosotros; padres de _____ hemos recibido una copia de
(Nombre del Niño/a)

ENFRENTANDO LOS HECHOS: UNA GUIA PARA PADRES PARE ENTENDER EL ABUSO INFANTIL bajo licencia o autorización de la oficina del
Distrito Escolar Unificado de Elk Grove.
(Nombre del centro)

Firma del padre/guardián: _____

Fecha: _____

Staff Use Only: 2 nd Year Parent Initial: _____ Date: _____

EVALUACION DE RIESGO AL PLOMO

Nombre del niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por favor conteste “**Si**” o “**No**” a las siguientes preguntas. Sus respuestas nos ayudaran a saber si su hijo ha estado en contacto con plomo.

1. ¿Vive su hijo/a, o pasa mucho tiempo en un lugar construido antes de 1978 que tiene pintura descascarada o astillada o que ha sido remodelado recientemente? Si No
2. ¿Su hijo/a come dulces que fueron hechos en otros países? (Como Pulparindo, Chaca Chaca, Pelón Pelo Rico Lucas Acidito, Tama Roca, Limón 7, u otros) Si No
3. ¿Utiliza platos o recipientes importados, viejos o caseros para servir, preparar o almacenar alimentos o bebidas tales como ollas de frijoles, ollas de barro, ollas o latas con plomo o cerámica? Si No
4. ¿Su familia usa artículos de países extranjeros, como crayones, gis para las cucarachas, frutas / hierbas secas, té, velas, saltamontes secos u otros artículos? Si No
5. ¿Usted o alguna otra persona que vive con su hijo/a o cuida de su hijo/a por él utiliza remedios caseros como Greta, Azarcon, Pay-loo-ah o cosméticos como Kohl o Surma? Si No
6. ¿Su hijo/a tiene un padre, hermano, hermana, compañero de casa o un compañero de juegos que está siendo seguido por envenenamiento por plomo o tiene un nivel elevado de plomo en la sangre? Si No

Las preguntas dentro de este cuadro indican una referencia inmediata

7. ¿Vive su hijo/a o visita a alguien que puede usar plomo en su trabajo o pasatiempos? (Por ejemplo: pintura, soldadura, fabricación o reciclaje de baterías de automóviles, reparación de radiadores de vehículos, pintura automática, demolición o vidrieras) Si No
8. ¿Su hijo/a come tierra, barro u otros artículos no comestibles, mastica en el marco de las ventanas o pela la pintura descascarada? Si No

Date resources provided: _____

9. ¿Ha vivido su hijo/a en los Estados Unidos por menos de un año? Si No
10. ¿Su hijo/a visita otros países con frecuencia? Si No
11. ¿Vive su hijo/a cerca de planta activa o una planta de reciclaje de baterías u otra industria que pueda liberar plomo al medio ambiente? Si No
12. ¿Vive o juega su hijo/a al lado de una autopista, como en la casa de una niñera? Si No

NOTA: 2 o más respuestas “Si” indican una referencia inmediata, así como las preguntas dentro de la caja de arriba.

Firma de padre/guardián: _____ Fecha: _____

Firma del personal: _____ Fecha: _____

Staff Use Only: 2nd Year Parent Initial: _____ Date: _____

EVALUACION DE RIESGO DE TUBERCULOSIS

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____

Padres, sus respuestas nos ayudaran a saber si su hijo/a ha estado expuesto a la tuberculosis

Una respuesta de "Sí" a cualquiera de las preguntas a continuación indica una referencia automática al médico de su hijo/a para una posible prueba de Tuberculosis.

1. ¿El niño/a ha estado en contacto cercano con una persona infectada con tuberculosis? Si No
2. ¿El niño/a está infectado o en riesgo de infección del VIH? Si No
3. ¿El niño/a nació en el extranjero, es refugiado o un migrante? Si No
4. ¿Ha tenido el niño/a contacto con una persona encarcelada o una persona que ha estado encarcelada en los últimos 5 años? Si No
5. Ha estado expuesto el niño/a a alguno de los siguientes:
Hogares de ancianos, adolescentes o adultos institucionalizados, usuarios de drogas ilícitas, trabajadores agrícolas migrantes y / o aquellos que han visitado recientemente fuera de los EE. UU. Si No
6. ¿El niño/a vive en una comunidad en la que se ha establecido como un alto riesgo de tuberculosis? Si No
7. ¿Ha viajado el/la niño/a fuera de los Estados Unidos desde su última visita médica? Si No

Firma del padre/guardián: _____ Fecha: _____

Firma del personal: _____ Fecha: _____

** La tuberculosis (TB) es una enfermedad causada por gérmenes que se transmiten de persona a persona a través del aire. La TB generalmente afecta los pulmones, pero también puede afectar otras partes del cuerpo, como el cerebro, los riñones o la columna vertebral. Una persona con TB puede tener consecuencias fatales si no recibe tratamiento. Existen pruebas que se pueden usar para ayudar a detectar una infección de TB: una prueba de la piel o una prueba de TB de la sangre. Si cree que ha estado expuesto a alguien con la enfermedad de la tuberculosis, comuníquese con su proveedor de atención médica o con el departamento de salud local para ver si debe hacerse una prueba de detección de la infección de tuberculosis.*

Staff Use Only: 2nd Year Parent Initial: _____ Date: _____

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA EVALUACIONES

El monitoreo del progreso es un componente importante de nuestro programa preescolar. Las observaciones y evaluaciones se llevan a cabo durante todo el año escolar para proporcionar a los maestros información sobre el progreso del estudiante. Los maestros utilizarán los resultados de evaluaciones / pruebas para diseñar estrategias de instrucción para mejorar el aprendizaje de los estudiantes. Los resultados son confidenciales y solo los usa el personal de educación del PreK-6 del Distrito Escolar Unificado de Elk Grove. Los siguientes exámenes / evaluaciones serán administrados:

Evaluaciones / Observaciones

- Fluharty Preschool Speech and Language Screenings - (Evaluación del habla y lenguaje)
- School Readiness Screenings – (Evaluación de preparación escolar)
- Observaciones
- ASQ-3
- ASQ-SE

Assessment

- Desired Results Developmental Profiles 2015 (IDP)

Nombre del niño/a: _____

- Sí, mi hijo puede participar en los exámenes y evaluaciones mencionados arriba.
- Sí, los resultados de las evaluaciones de mi hijo pueden ser enviados al maestro de su próximo año escolar.
- No, mi hijo no puede participar en los exámenes y evaluaciones mencionados arriba.

Firma del padre/guardián: _____ Fecha: _____

Staff Use Only: 2nd Year Parent Initial: _____ Date: _____

COMPROBANTE DE INFORMACIÓN

Por la presente reconozco que he recibido información del Distrito Escolar Unificado de Elk Grove sobre los Programas de Pre-kínder del Distrito Escolar Unificado de Elk Grove que incluye información sobre los derechos legales de los padres y la Política 33513 (a) del consejo escolar sobre Escuelas Libres de Tabaco

Nombre del estudiante: _____

Firma del padre/guardián: _____ Fecha: _____

Nombre del padre/guardián: _____ Fecha: _____

Staff Use Only: 2 nd Year Parent Initial: _____ Date: _____

FORMA DE PERMISO

Nombre del niño/a: _____ Escuela: _____

Nombre del padre/guardián: _____

Teléfono: _____ (celular/casa) Otro: _____

En el caso de que no pueda recoger a mi hijo/a de la clase de preescolar, yo, _____, daré mi permiso / consentimiento para que mi hijo/a, _____, sea recogido/a por los siguientes adultos que tengan al menos 18 años de edad y que sean reconocidos por mi niño/a.

Si hago arreglos para que mi hijo/a sea recogido por alguien que no está en la lista abajo, entiendo que debo notificarlo al maestro por teléfono o por escrito. Además, entiendo que cualquier adulto que recoja a mi hijo/a debe presentar una identificación con foto. Si no se siguen estos requisitos, entiendo que mi hijo/a no será entregado a un adulto que no sea yo mismo u otro padre / tutor con custodia legal.

Firma del padre/guardián: _____ Fecha: _____

PADRE / TUTOR: Proporcione un mínimo de dos adultos (que no sean los padres del niño/a) que tengan permiso para recoger a su hijo/a de la clase.

NOMBRE DEL ADULTO	TELEFONO (CON CODGO DE AREA)	RELACION CON EL NIÑO/A
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Staff Use Only: 2nd Year Parent Initial: _____ Date: _____

STAFF USE ONLY *(To be completed at Parent Conferences)*

1st Year Review/Update

1st Parent Conference

Parent/Guardian Date

2nd Parent Conference

Parent/Guardian Date

2nd Year Review/Update

1st Parent Conference

Parent/Guardian Date

2nd Parent Conference

Parent/Guardian Date

Elk Grove Unified School District
PreK-6 Education

**ACUERDO DE ADMISIÓN PREESCOLAR ENTRE EL
DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE ELK GROVE Y PADRES / GUARDIANES DE NIÑOS DE PREESCOLAR**

Este acuerdo informa a los padres / guardianes de las expectativas de participación en programas preescolares administrados por PreK-6 Education. Estas expectativas son aplicables a los siguientes programas: Head Start, Preescolar Estatal, y Programa de Título I.

1. POLÍTICA DE LLEGADA Y SALIDA:

Hora de llegada: los niños siempre deben llegar al salón de clase a la hora programada.

Inicio y finalización de la inscripción: para la seguridad de los estudiantes y el incumplimiento de la Ley de Licencias de Cuidado Infantil del Estado de California, los padres/guardianes deben de firmar cada vez que lleven a los estudiantes a clase y firmar cada vez que los recojan de la clase.

Hora de Salida – Los padres/guardianes deben recoger a los estudiantes a la hora programada. Si los estudiantes no son recogidos a tiempo, se usarán los siguientes procedimientos:

- 1) Se dará un recordatorio verbal la primera vez que el estudiante no sea recogido a tiempo.
- 2) Una conferencia con los padres se llevará a cabo la segunda vez que esto ocurra.
- 3) Se le enviará un recordatorio por escrito la tercera vez que el estudiante no sea recogido a tiempo.
- 4) Se llevará a cabo una conferencia con los padres para discutir la posible terminación de su hijo del programa.

Autorización para recoger al estudiante – El personal de preescolar entregarán a los estudiantes solo a los padres/guardianes (o a una persona explícitamente autorizada por el padre o guardián, de 18 años o más notado en la Forma de Permiso).

2. PARTICIPACIÓN DE PADRES:

La participación de los padres es esencial para la experiencia escolar exitosa de su hijo. Los padres/guardianes están invitados a que asistan a las reuniones y talleres de padres y que sean voluntarios en el salón de clase. En acorde con el proyecto de ley 792 del Senado, todos los adultos que pasan tiempo en un salón de clase de preescolar deben vacunarse contra la influenza, la tosferina y el sarampión. Los voluntarios pueden optar por no recibir la vacuna de influenza y firmar una declaración por escrito. La política del distrito escolar requiere que todos los adultos voluntarios se les tomen las huellas digitales-<http://www.egusd.net/about/district/safety/>

3. AUSENCIA / ENFERMEDAD: Los niños deben asistir a clase regularmente. Si su hijo/a está enfermo, debe notificárselo al maestro. 2) Se contactará / notificará a los padres sobre ausencias injustificadas o asistencia inconsistente, lo que puede resultar en que su hijo/a sea retirado de la clase si la asistencia no mejora. 3) Los niños que están ausentes diez (10) días o más sin notificación pueden ser dado de baja del programa.

4. VISITAS A DOMICILIO / CONFERENCIAS DE PADRES:

Las conferencias con los padres se programan dos veces al año. Para el Programa de Head Start, los maestros también programarán dos (2) o más visitas a domicilio durante el año escolar. Su participación es necesaria para facilitar la comunicación continua.

5. DISCIPLINA:

Se requiere que los miembros del personal brinden a todos los niños un ambiente de aprendizaje seguro, saludable y cómodo. Las expectativas para todos los niños se explicarán claramente a los niños y a los padres / guardianes.

6. CONFIDENCIALIDAD:

Toda la información relativa a los niños y las familias se mantiene de manera confidencial. No se compartirá información a una agencia u otra Parte no ocurrirá sin el consentimiento por escrito de los padres / guardianes.

7. ENSEÑANZA:

El programa no proporcionará instrucción religiosa o adoración.

8. CÓDIGO DE CONDUCTA:

El personal y los padres / tutores se comportarán de manera civil y respetuosa de acuerdo con la política de dignidad humana de EGUSD.

9. TRANSPORTE:

No se proporciona transporte hacia o desde nuestro preescolar.

10. ASIGNACION EN LA CLASE DE PREESCOLAR

Al completar el expediente del estudiante, los niños serán colocados según los criterios ordenados por las becas que financian el programa.

REQUISITOS DE: EXAMEN FÍSICO / EVALUACIÓN DEL RIESGO DE TUBERCULOSIS / EXAMEN DENTAL:

Todos los niños son requeridos por la Ley de Licencia de Cuidado Infantil (Título 22, 101220) haber completado un Examen Físico y evaluación de riesgo de tuberculosis dentro de los **30 días de la fecha de entrada** al programa de preescolar. Los niños que no cumplan con el **requisito de Examen Físico de 30 días** recibirán una notificación y se excluirán temporalmente de la asistencia hasta que se reciban los requisitos. Un examen dental actualizado debe completarse dentro del año del programa.

ACUERDO DE ADMISION PREESCÓLAR

Entiendo todos los requisitos mencionados arriba.

Nombre del niño/a: _____

Programa: _____

Firma de padre/guardián: _____

Fecha: _____

Staff Use Only: 2nd Year Parent Initial: _____ Date: _____



Members of the Board

Beth Albiani
Nancy Chaires Espinoza
Carmine S. Forcina
Gina Jamerson
Dr. Crystal Martinez-Alire
Anthony "Tony" Perez
Sean J. Yang

Tabitha Thompson
Director, PreK-6 Education

(916) 686-7704
FAX: (916) 686-7796
Email: tethomps@egusd.net

Robert L. Trigg Education Center
9510 Elk Grove-Florin Rd., Elk Grove, CA 95624

Estimado proveedor de atención médica: (Por favor complete los formularios de salud proporcionados por la programa de preescolar en E.G.U.S.D.)

Los niños que están inscritos en el programa de preescolar en el Distrito Escolar Unificado de Elk Grove (EGUSD) deben cumplir con los requisitos de licencia establecidos por el Departamento de Educación de California.

Estos requisitos incluyen tener un examen físico / dental realizado por, o bajo la supervisión de, un médico/dentista con licencia y **debe completarse dentro 30 días en el que el niño/a es inscrito/a en el programa.**

Los requisitos de licencia establecen que el examen físico **debe incluir:**

- Altura
- Peso
- Presión sanguínea
- Hematocrito o Hemoglobina (Prueba de sangre para verificar la anemia)
- Evaluación de riesgo de tuberculosis o pantalla de tuberculosis
- Pantalla de visión
- Pantalla de audición
- Pantalla de plomo (18 meses)

Para evitar que el niño/a posiblemente no sea admitido en nuestro programa debido a que el examen físico no está completo, le solicitamos que haga una prueba para todo lo mencionado anteriormente.

Se debe completar un examen dental. Si se requiere tratamiento adicional, proporcione las fechas de citas.

Estimado Padre / Guardián,

Revise los formularios de examen físico / dental para asegurarse de que se hayan completado todos los artículos **antes** de salir de la oficina del medico. El examen físico y/o dental complete se puede devolver a la oficina preescolar designada o por correo electrónico.



PRESCHOOL PHYSICAL EXAMINATION

Child's Name: _____ Birth Date: ___/___/___ Gender: F M Non-Binary

Parent/Guardian Name: _____ Phone: _____

Parent's/Guardian Authorization: I hereby give my consent to an Elk Grove Unified District representative and my Physician to exchange health information concerning my child.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Required (Note: Incomplete or blanks in this section will be returned to Physician to complete)

Date: _____ Hemoglobin/Hematocrit: _____ At Risk for Anemia? Yes No Receiving TX? Y N
Date: _____ Blood Lead: _____ ug/dl At Risk for Lead Poisoning? Yes No Receiving F/U? Y N
Date: _____ TB Risk Assessment Given by Provider: Yes No Child has TB Risk? Y N
If Yes, PPD Date Given: _____ Date Read: _____ Results: _____

Required (Starting at Age 3)

Date: _____ Blood Pressure: _____
Date: _____ Hearing: (25db @1000,2000,&4000) R: Pass Fail L: Pass Fail
Date: _____ Vision: R: 20/____ Pass Fail L: 20/____ Pass Fail

Date of Physical Exam: _____ HEIGHT: _____ IN WEIGHT: _____ LBS

Examination Results	Normal	Abnormal	Describe Findings / Comments
General Appearance			
Head, Ears, Eyes, Nose & Throat			
Teeth / Gums			
Heart / Lung			
Abdomen / Genitourinary			
Extremities / Skeletal			
Posture and Gait			
Neurological (Fine, Gross Motor)			
Speech			
Skin			
Developmental Status			

Visual Acuity Concerns? No Yes, If yes, referred? Yes No Name of Specialist _____

Hearing Acuity Concerns? No Yes, If yes, referred? Yes No Name of Specialist _____

Health Concerns / Diagnoses: _____

Food Allergy: No Yes List _____

Lactose Intolerance: No Yes List _____

Other Severe Allergy (e.g. Latex, bee sting, scents): List _____

Medications Taken at Home? No Yes, List: _____

Medications Required at School? No Yes, List: _____

Physical Activity: No Restrictions Limited, Explain: _____

Special Education Services? No Yes Active IEP? No Yes

Dental Referral: No Yes Dental Varnish Given: No Yes NaFl Given: No Yes

Nutrition Counseling Given: No Yes Nutrition Counseling Referral: No Yes

Physician's Name: _____ Signature: _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____ Fax: _____

PRESCHOOL OFFICE USE ONLY	Date received by PreK office	Date Received by classroom	Date entered into Child Plus	Date Event closed in Child Plus
---------------------------	------------------------------	----------------------------	------------------------------	---------------------------------

PRESCHOOL DENTAL HEALTH / EXAM RECORD

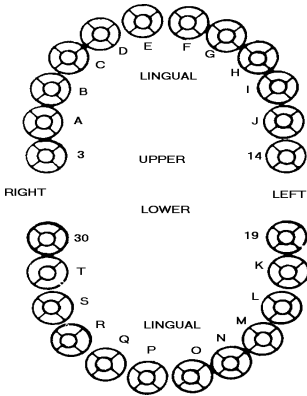
Child's Name: _____ Birth Date: ___/___/___ Gender: **F M Non-Binary**
 Parent/Guardian Name: _____ Phone: _____

Parent/Guardian Authorizations: I hereby give my consent to EGUSD PreK-6 Education and my physician to exchange health information concerning my child.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

DENTAL PROVIDER:

PLEASE LIST ALL SERVICES PROVIDED BELOW AND COMPLETE SUMMARY



Date of Service	Tooth # or Letter	Description of Services Provided

In the diagram to the left, indicate oral conditions before treatment: Missing Decayed Filled

CHILD ORAL HEALTH SUMMARY (check one or more)

Date of Cleaning and Fluoride treatment: _____

No Treatment Needed Dental Treatment Received Preventative Care Given

Needs Treatment:

Specialist Referral given: _____
 Approx. # of visits needed: _____ Next Appointment Date: _____

Comments: _____

Dentist Name (Print): _____ Signature: _____ Date: _____

Address: _____ Phone: _____ Fax: _____

*** IF TREATMENT IS NOT COMPLETE, PLEASE FILL OUT A NEW FORM FOR EACH ADDITIONAL VISIT UNTIL TREATMENT IS COMPLETE.**

PRESCHOOL OFFICE USE ONLY	Date received by PreK office	Date Received by classroom	Date entered into Child Plus	Date Event closed in Child Plus
----------------------------------	------------------------------	----------------------------	------------------------------	---------------------------------