Información para la inscripción  

**Propósito:** Use esta forma para recopilar toda la información necesaria para inscribir a un niño en un centro de cuidado de niños.

**Instrucciones:** El proveedor de cuidado de niños entrega esta forma al padre o tutor del niño. El padre o tutor llena toda la forma y la entrega al proveedor de cuidado de niños antes del primer día en que el niño estará inscrito. El proveedor de cuidado de niños conserva la forma en los archivos del centro.

| INFORMACIÓN GENERAL | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre de la entidad: | | | | Nombre del director: | | | | | |
| Nombre completo del niño: | | | Fecha de nacimiento del niño: | | | El niño vive con:     Los dos padres    La madre     El padre    El tutor | | | |
| Domicilio del niño: | | | | | | | | | |
| Fecha de inscripción: | | | | Fecha de salida: | | | | | |
| Nombre del padre o tutor que llena la forma: | | | | Dirección del padre o tutor (cuando sea distinta de la dirección del niño): | | | | | |
| Escriba a continuación los números de teléfono donde se puede localizar a los padres o al tutor mientras el niño esté en el centro. | | | | | | | | | |
| Teléfono del padre 1 | Teléfono del padre 2 | | | | Teléfono del tutor | | | Hay documentos sobre la custodia en el expediente:     Sí    No | |
| Indique el nombre, la dirección y el teléfono de la persona responsable a la que hay que **llamar** en caso de emergencia cuando no pueda localizarse a los padres o al tutor: | | | | | | | | | Relación: |
| Autorizo al centro de cuidado de niños a **entregar** al niño **SOLO** a las siguientes personas. Indique el nombre y teléfono de cada una de ellas. Solo se entregará al niño al padre o tutor o a la persona designada por el padre o tutor, tras comprobar su identificación. | | | | | | | | | |
| Nombre y número de teléfono: | | Nombre y número de teléfono: | | | | | Nombre y número de teléfono: | | |

| AUTORIZACIONES | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **MARQUE TODO LO QUE APLIQUE:** | | | |
| 1. **TRANSPORTE**   Autorizo a los empleados del centro a transportar y supervisar al niño:  Para recibir atención médica de emergencia   Para participar en excursiones   Para ir y volver a la casa  Para ir y volver a la escuela | | | |
| 1. **EXCURSIONES**      Autorizo al niño a participar en las excursiones que se organicen.  **No autorizo** al niño a participar en las excursiones que se organicen.  **Comentarios:** | | | |
| 1. **ACTIVIDADES EN EL AGUA**   Autorizo al niño a participar en las siguientes actividades en el agua:     Juegos con agua sobre una mesa    Juegos con rociadores    Chapoteaderos    Piscinas    Parques acuáticos | | | |
| 1. **RECIBO DE LAS NORMAS ESCRITAS DE FUNCIONAMIENTO** | | | |
| Acuso recibo de las normas de funcionamiento del centro, incluidas las referidas a: | | | |
| Disciplina y orientación | | Procedimientos para la entrega de los niños | |
| Suspensión y expulsión | | Enfermedades y criterios de exclusión | |
| Planes de emergencia | | Procedimientos para dispensar medicamentos | |
| Procedimientos para llevar a cabo chequeos de salud | | Requisitos de vacunación para los niños | |
| Sueño seguro | | Comidas y prácticas del servicio de alimentación | |
| Procedimientos para que los padres platiquen con el director sobre sus preocupaciones | | Procedimientos para visitar el centro sin obtener aprobación previa | |
| Procedimientos para que los padres participen en las actividades del centro | | Procedimientos para que los padres se comuniquen con la División de Licencias para el Cuidado de Niños, el DFPS, la Línea directa para Denunciar el Maltrato de Niños y el sitio web del DFPS | |
| **5**. **COMIDAS**  Entiendo que se servirán las siguientes comidas al niño cuando esté en el centro:  Ninguna    Desayuno    Bocadillo por la mañana    Almuerzo    Bocadillo por la tarde    Cena     Bocadillo después de la cena | | | |
| **6. DÍAS Y HORARIOS DE PRESENCIA EN EL CENTRO**  Normalmente, el niño estará en el centro en los días y horarios que se indican a continuación: | | | |
| **Día de la semana** | **A.M.** | | **P.M.** |
| Lunes |  | |  |
| Martes |  | |  |
| Miércoles |  | |  |
| Jueves |  | |  |
| Viernes |  | |  |
| Sábado |  | |  |
| Domingo |  | |  |

| AUTORIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| Si no pudieran localizarme para decidir sobre la atención médica de emergencia, autorizo a la persona responsable a llevar al niño a: | | | |
| Nombre del doctor: | Dirección: | | Teléfono: |
| Nombre del centro de atención de emergencia: | Dirección: | | Teléfono: |
| Autorizo al centro a proporcionar la atención médica de emergencia necesaria para el niño. | | Firma del padre o tutor legal | |

| INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL NIÑO | |
| --- | --- |
| Indique cualquier necesidad especial que tenga el niño, como alergias ambientales, intolerancia a los alimentos, enfermedades actuales, enfermedades graves anteriores, lesiones y hospitalizaciones en los últimos 12 meses, medicamentos recetados para su administración continua y a largo plazo, y cualquier otra información que deban conocer sus cuidadores:    ¿Le han diagnosticado al niño alguna alergia a los alimentos?: Sí    No    Plan presentado el: | |
| Los centros de cuidado de niños se consideran instalaciones públicas, de conformidad con el Título III de la Ley de Americanos con Discapacidades (ADA). Si cree que uno de estos centros podría estar discriminando e incumpliendo el Título III, puede llamar a la Línea de información de la ADA al 1-800-514-0301 (voz) o al 1-800-514-0383 (TTY). | |
| Firma del padre o tutor legal: | Fecha en que firmó: |

| NIÑOS EN EDAD ESCOLAR | |
| --- | --- |
| El niño asiste a la siguiente escuela: | |
| Nombre de la escuela: | Teléfono de la escuela: |
| El niño tiene permiso para (marque todas las opciones que apliquen):     Ir y volver caminando a la escuela o a la casa.    Ir en autobús.     Salir del centro con su hermano menor de 18 años. | |
| Lugares autorizados para dejar y recoger al niño aparte de su domicilio: | |

| **REQUISITOS PARA LA INSCRIPCIÓN** | |
| --- | --- |
| Si el niño no asiste a un centro de prekinder o a una escuela lejos del centro de cuidado de niños, será necesario presentar uno de los siguientes documentos al inscribirle en el centro o en la semana siguiente a la inscripción.  Marque solamente una opción: | |
| 1. DECLARACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD: He examinado al niño mencionado anteriormente durante el último año y considero que puede participar en el programa de cuidado de niños. | |
| Firma del profesional de la salud: | Fecha en que firmó: |
| 1. Se adjunta una copia firmada y fechada de la declaración de un profesional de la salud. | |
| 1. El diagnóstico y tratamiento médico no son compatibles con los principios y prácticas de una organización religiosa a la que me acojo o pertenezco. He adjuntado una declaración jurada firmada y fechada a este respecto. | |
| 1. Un profesional de la salud examinó al niño en el último año y el niño puede participar en el programa de cuidado de niños. En los 12 meses a partir de la inscripción, obtendré la declaración firmada de un profesional de la salud y la presentaré en el centro de cuidado de niños. | |
| Nombre y dirección del profesional de la salud: | |
| Firma del padre o tutor legal: | Fecha en que firmó: |

| REQUISITOS PARA LA EXCLUSIÓN |
| --- |
| Adjunto una declaración jurada firmada y fechada mediante la cual me niego a que vacunen al niño por motivos de conciencia, incluidas mis creencias religiosas, en la forma descrita en la Sección 161.0041 del Código de Salubridad y Seguridad, que debo presentar a más tardar en los 90 días después de ser certificada ante un *notary*.     Adjunto una declaración jurada firmada y fechada de que las pruebas de la vista o la audición son incompatibles con los principios y prácticas de una iglesia o denominación religiosa a la que me acojo o pertenezco. |

| **RESULTADOS DEL EXAMEN DE LA VISTA** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| R 20/ | L 20/ | | Superado | No superado |
| Firma: | | Fecha en que firmó: | | |

| **RESULTADOS DEL EXAMEN DE LA AUDICIÓN** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Oído** | **1000 Hz** | **2000 Hz** | **4000 Hz** | **Superado o No superado** |
| Derecho |  |  |  | Superado    No superado |
| Izquierdo |  |  |  | Superado    No superado |
| Firma: | | | Fecha en que firmó: | |

| INFORMACIÓN SOBRE LAS VACUNAS | | |
| --- | --- | --- |
| Las siguientes vacunas requieren que se administren varias dosis por un tiempo determinado. Indique la fecha en que el niño recibió *cada dosis*. | | |
| **Vacuna** | **Calendario de vacunas** | **Fechas en que el niño fue vacunado** |
| Hepatitis B | Nacimiento (primera dosis)  1–2 meses (segunda dosis)  6–18 meses (tercera dosis) |  |
| Rotavirus | 2 meses (primera dosis)  4 meses (segunda dosis)  6 meses (tercera dosis) |  |
| Difteria, tétano, tos ferina | 2 meses (primera dosis)  4 meses (segunda dosis)  6 meses (tercera dosis)  15–18 meses (cuarta dosis)  4–6 años (quinta dosis) |  |
| Haemophilus influenza de tipo B | 2 meses (primera dosis)  4 meses (segunda dosis)  6 meses (tercera dosis)  12–15 meses (cuarta dosis) |  |
| Neumococo | 2 meses (primera dosis)  4 meses (segunda dosis)  6 meses (tercera dosis)  12–15 meses (cuarta dosis) |  |
| Vacuna inactivada contra la polio | 2 meses (primera dosis)  4 meses (segunda dosis)  6–18 meses (tercera dosis)  4–6 años (cuarta dosis) |  |
| Influenza | Una vez al año a partir de los 6 meses. Se recomienda administrar dos dosis con un intervalo de al menos cuatro semanas para los niños a quienes se vacune por primera vez, y para algunos niños en este grupo de edad. |  |
| Sarampión, paperas, rubéola | 12 meses (primera dosis)  4–6 años (segunda dosis) |  |
| Varicela | 12-15 meses (primera dosis)  4–6 años (segunda dosis) |  |
| Hepatitis A | 12-23 meses (primera dosis)  La segunda dosis debe administrarse entre 6 y 18 meses después de la primera dosis. |  |

| VERIFICACIÓN DEL DOCTOR O EMPLEADO DE SALUD PÚBLICA | |
| --- | --- |
| Firma o sello del doctor o empleado de salud pública responsable de comprobar la información sobre vacunación indicada anteriormente: | |
| Firma: | Fecha en que firmó: |

| VARICELA | |
| --- | --- |
| La vacuna de la varicela no es obligatoria si el niño ya ha tenido la enfermedad. Si el niño ya tuvo la varicela, llene la siguiente declaración:  El niño tuvo la varicela el       (fecha) y no necesita la vacuna contra la varicela. | |
| Firma del padre: | Fecha en que firmó: |

| INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LAS VACUNAS |
| --- |
| Para obtener más información sobre las vacunas, visite el sitio web del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas en [www.dshs.state.tx.us/immunize/public.shtm](http://www.dshs.state.tx.us/immunize/public.shtm). |

| PRUEBA DE LA TUBERCULOSIS (CUANDO SEA OBLIGATORIA) | | |
| --- | --- | --- |
| Positiva | Negativa | Fecha: |

| ZONA LIBRE DE PANDILLAS |
| --- |
| De conformidad con el Código Penal de Texas, cualquier área situada a 1,000 pies de distancia de un centro de cuidado de niños es una zona libre de pandillas, donde cualquier delito relacionado con el crimen organizado está sujeto a penas más severas. |

| DECLARACIÓN SOBRE LA CONFIDENCIALIDAD |
| --- |
| El DFPS valora su privacidad. Para obtener más información, lea nuestra política de confidencialidad y seguridad en  [https://www.dfps.state.tx.us/Espanol/privacy.asp](%20https://www.dfps.state.tx.us/Espanol/privacy.asp%20). |

| FIRMAS | |
| --- | --- |
| Firma del padre o tutor legal del niño:  X | Fecha en que firmó: |
| Persona designada por el centro:  X | Fecha en que firmó: |