

**CHILD DEVELOPMENT CHILD FILE CHECKLIST/ORDER**

CHILD'S NAME: \_\_\_\_\_ CASE #: \_\_\_\_\_

**I. APPLICATION FOR CHILDCARE SERVICE/NOAs**

- a.  Notice of Action-**CD7617** *(signed by Site Supervisor/Administrator)*
- b.  Confidential Application for Child Development Services and Certification of Eligibility - **CD9600**
- c.  Child Care Data Collection -**CD9600A**
- d.  Income Calculation Worksheet

**II. FAMILY ELIGIBILITY DOCUMENTATION (forms in this section are as applicable)**

- a.  Verification of Employment Form
- b.  Certification of Self-Employment
- c.  Verification of Seeking Employment Form
- d.  Income Information
  - i.  Paycheck stubs
  - ii.  Self-Certification Application for Cash Only
  - iii.  Proof of Cash Aid (Cal-WORKs/TANF)
  - iv.  Other: \_\_\_\_\_
- e.  Training Verification - **CD9605** *(if applicable)*
- f.  Student Agreement *(if applicable)*
- g.  Statement of Incapacity - **CD9606** *(if applicable)*
- h.  Proof of Address *(copy of a current bill/rent receipt/lease agreement)*
- i.  Valid Picture I.D. parent/legal guardian

**III. FILE ORDER, DOCUMENT REQUEST, CASE NOTES, ETC.**

- a.  File Order/Checklist Sheet
- b.  Document Request Form
- c.  DRDP-R (Only Place in File at Termination)
- d.  Observations (Only Place in File at Termination)
- e.  Parent Conference (Only Place in File at Termination)
- f.  Parent Interview
- g.  Health and Social Services *(referral sheet)* *(signed by Site Supervisor/Administrator)*
- h.  Receipt of WIC Information
- i.  Miscellaneous
- j.  Case Notes Sheet

**IV. AGENCY AGREEMENTS/ACKNOWLEDGEMENTS**

- a.  Admission Agreement *(signed by Site Supervisor/Administrator)*
- b.  Certificate of Contracted Hours *(signed by Site Supervisor/Administrator)*
- c.  Declaration of Original Documentation *(signed by Site Supervisor/Administrator)*
- d.  Receipt of Parent Handbook *(signed by Site Supervisor/Administrator)*
- e.  Statement of Acceptance of Regulations
- f.  Consent Form *(signed by Site Supervisor/Administrator)*

**V. CHILD(REN)'S EMERGENCY INFORMATION**

- a.  IEP/IFSP *(for special needs children only)*
- b.  Birth Certificate(s)
- c.  Immunization Record
- d.  California Immunization Record *(blue card)* *(signed by Site Supervisor/Administrator)*
- e.  Copy of Enrolled Child's Medical Insurance Card *(if applicable)*

**VI. EMERGENCY INFORMATION**

- a.  Physician's Report - **LIC701**
- b.  Parent's Report/Child's Preadmission Health History - **LIC702**
- c.  Personal Rights - **LIC613A**
- d.  Notification of Parents' Rights - **LIC995**
- e.  Consent for Emergency Medical Treatment - **LIC627**
- f.  Emergency and Identification Information - **CD9607**
- g.  Identification and Emergency Information Child Care/Family Child Care Homes - **LIC700**
- h.  Acknowledgement of Receipt of Licensing Report - **LIC 9224** *(if applicable)*



SOLICITUD DE DOCUMENTOS REQUERIDOS
Pre-Inscripción

501 S. Boyle Avenue
Los Angeles, CA 90003
323-780-8900

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre de Padre/Madre: \_\_\_\_\_

Nombre de Niño/Niña: \_\_\_\_\_

Domicilio del Padre: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Zona Postal: \_\_\_\_\_

Querido(a): \_\_\_\_\_

DOCUMENTACIÓN SOLICITADA:

INGRESOS

- 1 mes de los más recién talones de cheques (si es pagado por cheque de la compañía)
Declaración de Impuestos
Auto-Certificación para Efectivo Solamente
Forma de Verificación de Apoyo Monetario
Verificación de Beneficios para TANF
Verificación de Manutención de Menores
Verificación de pagos de Cuidado de Crianza / Kin Gap
Auto-Certificación de no tener forma de ingresos
Otro:

ELEGIBILIDAD

- Verificación de Empleo
Verificación de Entrenamiento
Formulario de Acuerdo con el Estudiante
Declaración de Incapacidad
Prueba de la Orden de Protección del Niño/ Orden Judicial sobre Custodia
Declaración de Búsqueda de Empleo
Los registros de colocación de Cuidado de Crianza
Recibos de alquiler o contrato de alquiler (para ambos padres)
Cuentas de Servicios (para ambos padres)
Licencia de Manejar de CA /Tarjeta de Identificación

OTROS DOCUMENTOS REQUERIDOS

- Copia de tarjetas de Medi-Cal para:
Copia del registro de las Inmunizaciones del Niño para el programa
Copia(s) del Acta de Nacimiento Oficial para:
Declaración de Aceptación de los Reglamentos
Recibo del Manual a el Padre
Guía de Información Fraudulenta
Forma de Consentimiento
Cuestionario de Padres
Entrevista a los Padres / Niños
Consentimiento de Tratamiento de Emergencia Médica (LIC 627)
Información de Identificación y Emergencia (LIC 700)
Forma de la Salud Y Servicios Sociales
Derechos Personales (LIC 613A)
Derechos del Padre (LIC 995)
Forma de Información de Emergencia Y Identificación (CD9607)
Reporte de Salud del Padre (LIC 701)
Reporte Físico del Doctor (LIC 702)
Otro:

Si tiene cualquier pregunta, por favor contáctenos a la siguiente agencia: 323-780-8900

Apreciamos su participación en nuestro programa y esperamos poder ofrecerle a usted y a su hijo/hija atención excelente! Gracias por su colaboración.



**Aplicación de Auto-certificación de efectivo solamente**

Yo \_\_\_\_\_, certifico que actualmente me están pagando en efectivo solamente.  
(Nombre del Padre)

En la cantidad de \$ \_\_\_\_\_ cada:

Día \_\_\_\_\_ Semana \_\_\_\_\_ Cada dos semanas \_\_\_\_\_ BI-Mensual \_\_\_\_\_ Mensual \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Fecha de empleo: \_\_\_\_\_

Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_

Por favor indique las horas de empleo.

Lun. \_\_\_\_\_ Mart. \_\_\_\_\_ Mier. \_\_\_\_\_ Juev. \_\_\_\_\_ Vier. \_\_\_\_\_  
(Ejemplo: 8:30am – 5:00 pm)

Ingreso total del mes anterior: \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_ 1. Declaro bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.
- \_\_\_\_\_ 2. Voy a notificar a la agencia inmediatamente si hay algún cambio en mis ingresos, tamaño de la familia, vivienda, trabajo, o la razón por la cual necesito los servicios de desarrollo infantil.
- \_\_\_\_\_ 3. Entiendo que la información sobre mi elegibilidad puede ser revisada por los representantes del Estado de California, el Gobierno Federal, los auditores independientes, u otros que sean necesarios para la administración del programa.
- \_\_\_\_\_ 4. Yo entiendo que, si la agencia niega esta solicitud de servicios, tengo el derecho de apelar.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Entrevista de padres

1. ¿Cuál es el su nombre (padre de familia)?
2. ¿Cuál es el nombre de su hijo(a)?
3. Describa a su hijo:
4. ¿Tiene su niño(a) el hábito de morder, rascarse o hacerle daño a otros?
5. ¿Tiene algún problema de comportamiento con respecto a su hijo(a)?
6. ¿Cómo lidia con el mal comportamiento de su hijo(a)?
7. ¿Cuál es la comida favorita del niño(a)?
8. Cuéntenos acerca de los hábitos de alimentación del niño (uso de cuchara / tenedor / taza, etc.):
9. ¿Cuál es el juego favorito / juguete y color de su hijo(a)?
10. Cosas que no le gustan a su hijo(a):
11. ¿Está su niño(a) entrenados a usar baño solitos?
12. Cuéntenos sobre los hábitos de higiene / baño del niño(a):
13. ¿Qué tan independiente es su hijo(a)?
14. Por favor, hableme de las fortalezas de su hijo(a):
15. Por favor, dígame cómo su hijo(a) se comporta en lugares públicos:
16. ¿Cómo se comporta su hijo(a) cuando se encuentra con una nueva persona?
17. ¿Cómo se lleva su hijo(a) con adultos?
18. ¿Cómo se lleva su hijo(a) con los hermanos? No tiene ninguno \_\_\_
19. ¿Cómo se lleva su hijo(a) con otros niños?

20. Cuéntenos acerca de los hábitos de vestir y de arreglarse de su niño(a) (cepillarse los dientes / bañarse)?

21. ¿Cuál es el idioma primario que se habla en casa?

22. ¿Hay otros idiomas a los que su niño(a) está expuesto?

Si\_\_ no\_\_

En caso que marco si, explíquelo por favor:

23. ¿Cuál es la importancia de la educación?

24. ¿Qué papel desempeñan los padres en la educación de un niño?

25. ¿Tiene alguna pregunta para nosotros?



**SERVICIOS DE SALUD Y SOCIALES**  
**(V) Servicios Necesitados**  
**(Marque Todas Las Que Apliquen a Usted)**

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| Servicios de Salud:                                       | <input type="checkbox"/> Inmediatamente | <input type="checkbox"/> Posible Futuro | <input type="checkbox"/> Tiene Servicios de Salud   |
| Servicios de Consejería                                   | <input type="checkbox"/> Inmediatamente | <input type="checkbox"/> Posible Futuro | <input type="checkbox"/> Tiene Seguro de Salud Mental   |
| Servicios Dentales  | <input type="checkbox"/> Inmediatamente | <input type="checkbox"/> Posible Futuro | <input type="checkbox"/> Tiene Servicios Dentales   |
| Servicios de Alimento de Emergencia                       | <input type="checkbox"/> Inmediatamente | <input type="checkbox"/> Posible Futuro | <input type="checkbox"/> Tiene Información del Alimento de Emergencia   |
| Asistencia de Vivienda                                    | <input type="checkbox"/> Inmediatamente | <input type="checkbox"/> Posible Futuro | <input type="checkbox"/> Tiene Información de Vivienda  |
| Servicios Legales   | <input type="checkbox"/> Inmediatamente | <input type="checkbox"/> Posible Futuro | <input type="checkbox"/> Tiene Información Legal (Divorcio, Custodia de Niños, Apoyo, Etc.)   |
| Inmunizaciones  | <input type="checkbox"/> Inmediatamente | <input type="checkbox"/> Posible Futuro | <input type="checkbox"/> Tiene Información de las Inmunizaciones  |
| Servicios Inmigratorios                                   | <input type="checkbox"/> Inmediatamente | <input type="checkbox"/> Posible Futuro | <input type="checkbox"/> Tiene Información Inmigratoria   |
| Servicios Sociales/DCFS                                   | <input type="checkbox"/> Inmediatamente | <input type="checkbox"/> Posible Futuro | <input type="checkbox"/> Tiene Información del Departamento de Niños Familias o de Servicios Sociales   |
| Tratamiento y Prevención del Alcohol y Drogas             | <input type="checkbox"/> Inmediatamente | <input type="checkbox"/> Posible Futuro | <input type="checkbox"/> Tiene Información del Tratamiento de Alcohol y Drogas  |
| Cuidado de Niños  | <input type="checkbox"/> Inmediatamente | <input type="checkbox"/> Posible Futuro | <input type="checkbox"/> Tiene Información del Cuidado de Niños   |
| Educación de Padre  | <input type="checkbox"/> Inmediatamente | <input type="checkbox"/> Posible Futuro | <input type="checkbox"/> Tiene Información de Educación de Padre  |
| Inglés Como Segunda Lengua/<br>La Alfabetizan en español  | <input type="checkbox"/> Inmediatamente | <input type="checkbox"/> Posible Futuro | <input type="checkbox"/> Tiene Información de Inglés Como Segunda Lengua<br><input type="checkbox"/> Tiene Información de la Alfabetizan de español |
| Servicios del Desarrollo/ Educación Especial              | <input type="checkbox"/> Inmediatamente | <input type="checkbox"/> Posible Futuro | <input type="checkbox"/> Tiene Información del Desarrollo de Educación Especial   |
| Servicios de Tutoría                                      | <input type="checkbox"/> Inmediatamente | <input type="checkbox"/> Posible Futuro | <input type="checkbox"/> Tiene Información de Tutoría   |
| Empleo de Jóvenes   | <input type="checkbox"/> Inmediatamente | <input type="checkbox"/> Posible Futuro | <input type="checkbox"/> Tiene Información del Empleo de Jóvenes  |
| Servicios de Discapacidad<br>(GED, Vocacionales, Colegio) | <input type="checkbox"/> Inmediatamente | <input type="checkbox"/> Posible Futuro | <input type="checkbox"/> Tiene Servicios de Discapacidad<br><input type="checkbox"/> Tiene Información Educativa                                    |
| Prevención de Gangas                                      | <input type="checkbox"/> Inmediatamente | <input type="checkbox"/> Posible Futuro | <input type="checkbox"/> Tiene Información de la Prevención de Gangas   |
| Consejería Financiera Personal/Crédito                    | <input type="checkbox"/> Inmediatamente | <input type="checkbox"/> Posible Futuro | <input type="checkbox"/> Tiene Información Financiera Personal Crédito  |
| Entrenamiento de Trabajo Y Colocación                     | <input type="checkbox"/> Inmediatamente | <input type="checkbox"/> Posible Futuro | <input type="checkbox"/> Tiene Información de Empleo Colocación   |

Yo \_\_\_\_\_ doy me consentimiento a dar mi información a una agencia de recursos/referencias.  
 Nombre de Padre de Familia/ Tutor Legal

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Staff Name: \_\_\_\_\_

Staff Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



**Receipt of WIC Information**

This is to verify that I received information on the WIC (Women, Infants Children) program.

**Recibo de Información de WIC**

*Esta forma es para verificar que yo he recibido Información sobre el programa de WIC.*

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent/Guardian  
*Firma del Padre/Tutor Legal*

\_\_\_\_\_  
Date  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
Signature of Staff  
*Firma de personal de la Agencia*

\_\_\_\_\_  
Date  
*Fecha*

CHILD'S NAME \_\_\_\_\_  
*NOMBRE DE EL NIÑO(A)*







## CERTIFICATE OF CONTRACTED HOURS

<b>I.</b> Nombre de Niño/a: _____  Start Date: _____	Caso de Familia #: _____  Programa: <u>CSPP - Part Day</u>
---	--

	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	
Horas actuales por día:						Total Hours Per
Total de horas por día:						

<b>III. Notas</b>    
-----------------------------------

Este Certificado De Horas Contractadas es facilitada para proporcionar información específica sobre las horas contractadas que han sido aprobadas durante la inscripción de mi hijo/ hija con PUENTE Learning Center. Las horas contractadas son fijas y estrictamente forzadas para asegurar que las necesidades de me niño/nia son tratados y la agencia esta diariamente complaciente con las reglamentos del departamento de licencia del estado para el personal/nioo coeficiente. Una explicación en detalle de la póliza sobre las horas de contrato de la inscripción/asistencia y ejecución de esta póliza está contenida en el Manual del Padre. Por favor refieres a la póliza escrita en el Manual Del Padre.

Entiendo que las horas antedichas son las horas contractadas que mi hijo/hija ha sido aprobada para su cuidado. Además, reconozco que he leído la póliza de PUENTE Learning Center sobre las horas de contrato y estoy de acuerdo a cumplir con la póliza escrita en el Manual del Padre. La falla de cumplir resultara en la terminación del cuidado de mi hijo/hija con PUENTE Learning Center.

\_\_\_\_\_  
 Parent/Guardian's Signature

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Date

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



FOR OFFICE USE ONLY

DECLARATION OF ORIGINAL DOCUMENTATION

I certify that I viewed the original income documentation to verify the income of

\_\_\_\_\_ and \_\_\_\_\_  
Name of Parent/Guardian A                      Name of Parent/Guardian B

I have attached a copy of the original to this application. *(See section II)*

\_\_\_\_\_  
Signature of Agency Representative

\_\_\_\_\_  
Date



### Acuerdo de admission

- A. El programa preescolar acepta ayudar con los siguientes servicios para su hijo:**
1. Educación de la primera infancia, Evaluaciones del desarrollo y un Plan individualizado
  2. Servicios médicos, dentales, de salud mental, sociales y nutricionales
  3. Servicios de participación y educación para padres
  4. Plan de educación individualizado y servicios especiales para niños con discapacidades
- B. El Departamento de Agencia de Licencias tendrá la autoridad:**
1. Entrevistar a los niños o al personal para inspeccionar y auditar los registros del niño de la instalación sin consentimiento previo.
  2. Observar la condición física del niño / niños, incluidas las condiciones que podrían indicar abuso, negligencia o ubicación inadecuada, y hacer que un profesional médico autorizado examine físicamente al niño / niños.
- C. La/el padre/tutor preescolar acepta lo siguiente:**
1. Asegurarse de que el niño asista a la escuela cinco días a la semana.
  2. Informar las ausencias del niño a la oficina de preescolar cuando ocurran las ausencias. **(Las ausencias injustificadas excesivas pueden resultar en que el niño sea retirado del programa).**
  3. Informar a la oficina de preescolar si planea retirarse del programa.
  4. Cumplir con todos los requisitos de transporte (si corresponde).
  5. Cumplir con las reglas del programa preescolar.
  6. Proporcionar evidencia de vacunas actualizadas del médico o la clínica al momento de la inscripción.
  7. Proporcionar evidencia de un examen físico completo.
  8. Participar en los entrenamientos requeridos para padres y actividades para padres e hijos.
- D. Preescolar PUENTE es un programa financiado por el Estado de California y no requiere tarifas por los servicios prestados.**

✂-----

#### RECONOCIMIENTO DE ADMISIÓN DEL ACUERDO

Yo, la/el padre/tutor de \_\_\_\_\_, inscrito en Centro de Aprendizaje PUENTE Preescolar Estatal, haber recibido una copia del Acuerdo de Admisión.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha



**STATEMENT OF ACCEPTANCE OF REGULATIONS**

This is to certify that I/We have read this information carefully and I/We understand and agree to abide by the Rules and Regulations of the Admission's Agreement issued by PUENTE Learning Center.

**DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN DE REGLAS**

*Este documento es para certificar que Yo/Nosotros hemos leído esta Información con cuidado y entendemos y aceptamos acatar las Normas y Reglas del Acuerdo de Admisiones con los Centros del Desarrollo de PUENTE Learning Center.*

---

Parent/Guardian Signature

*Firma de Padre/Tutor Legal*

---

Date

*Fecha*



## FORMA DE CONSENTIMIENTO

### Inscripción

Doy mi consentimiento a la inscripción de me hijo/hija \_\_\_\_\_ a "PUENTE Learning Center". Estoy de acuerdo que "PUENTE Learning Center" no será responsable si ocurre casos de enfermedad o accidentes (lesiones) mientras atiende el centro de "PUENTE Learning Center" o de ida y vuelta al centro. Entiendo que los empleados de "PUENTE Learning Center" son reporteros mandados por obligación y que les requiere reportar el sospecho de abuso de niños/niñas a las agencias apropiadas.

### EMERGENCIAS MÉDICAS

Estoy de acuerdo que, en caso de accidente o lesiones, atención emergencia médica será dada en el caso que no se puedan comunicarse conmigo de inmediato.

### PUBLICIDAD

Doy mi consentimiento a mi hijo/hijo de ser retratado(a) durante el curso del año para varias publicaciones debajo de la dirección de "PUENTE Learning Center" igual, doy mi permiso que cualquier vídeo, audio o fotografías puedan ser transmitidas o distribuidas al público.

### SERVICIOS ESPECIALES

Como el guardián legal, doy consentimiento a mi hijo/hija a participar en servicios de enriquecimientos ofrecidos por "PUENTE Learning Center." cuales incluyen, pero no serán limitados a, evaluaciones, grupos de habilidades sociales, consejería, terapia del habla y del lenguaje, terapia de recursos y el manejo de casos. Entiendo que, en el momento del servicio reservado, puede ser pedido de mi firmar formas adicionales de consentimiento para estos servicios.

### CUOTA

Estoy de acuerdo a pagar la cuota semanal (si aplica) por adelantado y entiendo que la falla de pagar esta cuota se pueda terminar los servicios del Departamento de Desarrollo Para Niños. También estoy de acuerdo de llevar a cabo todas las reglas y reglamentos de "PUENTE Learning Center".

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre/Tutor legal

\_\_\_\_\_  
Relación a Niño/Niña

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Supervisor del Centro

\_\_\_\_\_  
Título

\_\_\_\_\_  
Fecha

# REPORTE DEL MEDICO — GUARDERIAS INFANTILES

(EVALUACION MEDICA QUE SE REQUIERE ANTES DE QUE SE LE ADMITA A UN NIÑO A UNA GUARDERIA INFANTIL)

## PARTE A — CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE (PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE)

A \_\_\_\_\_, nacido en \_\_\_\_\_, se le está evaluando con respecto a su preparación para entrar  
(NOMBRE DEL NIÑO(A)) (FECHA DE NACIMIENTO)  
en la \_\_\_\_\_, Esta guardería Infantil/escuela proporciona un programa de las 8:00 a.m./p.m.  
(NOMBRE DE LA GUARDERIA INFANTIL/ESCUELA)  
a las 4:00 a.m./p.m., 5 días a la semana.

Por favor, proporcione un reporte sobre el niño mencionado arriba usando el formulario que se encuentra a continuación. Por medio de este documento, autorizo que se comparta la información médica contenida en este reporte con la guardería Infantil mencionada arriba.

\_\_\_\_\_  
(FIRMA DEL PADRE/MADRE, TUTOR LEGAL, O REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL NIÑO)

\_\_\_\_\_  
(FECHA DE HOY)

## PART B — PHYSICIAN'S REPORT (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN) (PARA SER COMPLETADO POR EL MEDICO)

Problems of which you should be aware:

Hearing: \_\_\_\_\_ Allergies/medicine: \_\_\_\_\_  
Vision: \_\_\_\_\_ Insect stings: \_\_\_\_\_  
Developmental: \_\_\_\_\_ Food: \_\_\_\_\_  
Language/Speech: \_\_\_\_\_ Asthma: \_\_\_\_\_  
Other: \_\_\_\_\_

Other (Include behavioral concerns): \_\_\_\_\_

Comments/Explanations: \_\_\_\_\_

MEDICATION PRESCRIBED/SPECIAL ROUTINES/RESTRICTIONS FOR THIS CHILD: \_\_\_\_\_

IMMUNIZATION HISTORY: (Fill out or enclose California Immunization Record, PM-298.)

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	1st	2nd	3rd	4th	5th
POLIO (OPV OR IPV)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
DTP/DTaP/DT/dT (DIPHTHERIA, TETANUS AND (ACELLULAR) PERTUSSIS OR TETANUS AND DIPHTHERIA ONLY)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
MMR (MEASLES, MUMPS, AND RUBELLA)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
HIB MENINGITIS (REQUIRED FOR CHILD CARE ONLY) (HAEMOPHILUS B)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
HEPATITIS B	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
VARICELLA (CHICKENPOX)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

### SCREENING OF TB RISK FACTORS (listing on reverse side)

- Risk factors not present; TB skin test not required.
- Risk factors present; Mantoux TB skin test performed (unless previous positive skin test documented).
- \_\_\_ Communicable TB disease not present.

I have  have not  reviewed the above information with the parent/guardian.

Physician: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
Telephone: \_\_\_\_\_

Date of Physical Exam: \_\_\_\_\_  
Date This Form Completed: \_\_\_\_\_  
Signature \_\_\_\_\_

Physician  Physician's Assistant  Nurse Practitioner

# HISTORIAL DE LA SALUD DEL NIÑO ANTES DE LA ADMISIÓN—REPORTE DEL PADRE/MADRE

NOMBRE DEL NIÑO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE/PAREJA DOMÉSTICA DEL PADRE		¿VIVE EL PADRE/LA PAREJA DOMÉSTICA DEL PADRE EN EL HOGAR CON EL NIÑO?
NOMBRE DE LA MADRE/PAREJA DOMÉSTICA DE LA MADRE		¿VIVE LA MADRE/LA PAREJA DOMÉSTICA DE LA MADRE EN EL HOGAR CON EL NIÑO?
¿ESTÁ HA ESTADO EL NIÑO BAJO LA SUPERVISIÓN REGULAR DE UN MÉDICO?		FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO/MÉDICO

## HISTORIAL DEL DESARROLLO *(\*solamente para los bebés y niños de edad preescolar)*

EMPEZÓ A CAMINAR A LOS*	EMPEZÓ A HABLAR A LOS*	SE LE EMPEZÓ A ENSEÑAR CÓMO IR AL BAÑO A LOS*
MESES	MESES	MESES

ENFERMEDADES EN EL PASADO → Marque las enfermedades que el niño ha tenido y especifique las fechas aproximadas de las mismas:					
	FECHAS		FECHAS		FECHAS
<input type="checkbox"/> Varicela		<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Poliomielitis	
<input type="checkbox"/> Asma		<input type="checkbox"/> Epilepsia		<input type="checkbox"/> Sarampión de diez días (Rubéola)	
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática		<input type="checkbox"/> Tos ferina		<input type="checkbox"/> Sarampión de tres días (Rubella)	
<input type="checkbox"/> Fiebre del heno		<input type="checkbox"/> Paperas			

ESPECIFIQUE OTRAS ENFERMEDADES O ACCIDENTES SERIOS O GRAVES

¿TIENE EL NIÑO RESPIRADOS FRECUENTES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁNTOS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES?	ANOTE CUALQUIER ALERGIJA DE LA CUAL EL PERSONAL DEBE ESTAR ENTERADO
---	-------------------------------------	---

## RUTINA DIARIA *(\*solamente para los bebés y niños de edad preescolar)*

¿A QUÉ HORA SE LEVANTA EL NIÑO?*	¿A QUÉ HORA SE ACUESTA EL NIÑO?*	¿DUERME BIEN EL NIÑO?*
¿DUERME EL NIÑO DURANTE EL DÍA?*	¿CUÁNDO?*	¿POR CUÁNTO TIEMPO?*
PATRÓN DE DIETA: (¿Qué come el niño usualmente para estas comidas?)	DESAYUNO ALMUERZO CENA	¿CUÁLES SON LAS HORAS USUALES DE ESTAS COMIDAS? DESAYUNO _____ ALMUERZO _____ CENA _____

¿HAY ALGUNOS ALIMENTOS QUE NO LE GUSTAN COMER?	¿TIENE ALGUN PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN?
--	--

¿SABE EL NIÑO CÓMO IR AL BAÑO?*	SI CONTESTA "SÍ", ¿EN QUE ETAPA DE APRENDIZAJE ESTÁ?*	¿TIENE EVACUACIONES INTESTINALES REGULARES?*	¿CUÁL ES LA HORA USUAL?*
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿CUÁL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LAS EVACUACIONES INTESTINALES?*		¿CUÁL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LA DEBOCARGA DE LA ORINA?*	

EVALUACIÓN DE LA SALUD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE/MADRE

¿ESTÁ EL NIÑO ACTUALMENTE BAJO EL CUIDADO DE UN DOCTOR?	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE EL NOMBRE DEL DOCTOR:	¿ESTÁ TOMANDO EL NIÑO MEDICAMENTOS RECETADOS?*	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE Y EFECTOS SECUNDARIOS:
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿USA EL NIÑO ALGÚN APARATO ESPECIAL?	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE:	¿USA EL NIÑO ALGÚN APARATO ESPECIAL EN SU CASA?	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE:
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE/MADRE

¿CÓMO CONVIVE EL NIÑO CON SUS PADRES, HERMANOS, HERMANAS, Y OTROS NIÑOS?

¿HA TENIDO EL NIÑO EXPERIENCIAS EN RELACIÓN A JUEGOS EN GRUPO?

¿TIENE EL NIÑO ALGÚN PROBLEMA TEMORE/S/NECESIDADES ESPECIALES? (EXPLIQUE.)

¿CUÁL ES EL PLAN PARA EL CUIDADO DEL NIÑO CUANDO ESTÉ ENFERMO?

RAZÓN PARA SOLICITAR LA COLOCACIÓN EN UN LUGAR DONDE SE PROPORCIONE CUIDADO DE NIÑOS

FIRMA DEL PADRE/MADRE	FECHA
-----------------------	-------

# 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 se le intimide; a no recibir burlas, coacción, 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 a 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, edificio, 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 haya 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 TIENE QUEJAS. LA OFICINA ES:

### MONTEREY PARK REGIONAL OFFICE

NOMBRE

Regional Manager, Bertha Manzanares

DIRECCIÓN

1000 Corporate Center Dr., Suite 200B

CIUDAD

Monterey Park

CÓDIGO POSTAL

91754

ÁREA/NÚMERO DE TELÉFONO

(323) 981-3350

SEPARÉ AQUÍ

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

PARA EL EXPEDIENTE DEL NIÑO

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

**CONFIRMACIÓN:** Se me (nos) informó 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)

PUENTE LEARNING CENTER

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO)

501 S. BOYLE AVE., LOS ANGELES CA 90033

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL NIÑO)

(FIRMA DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)

(TÍTULO/PUESTO DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)

(FECHA)



## NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LAS GUARDERÍAS INFANTILES

### DERECHOS DE LOS PADRES

Como padre/madre/representante autorizado, usted tiene derecho 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 la 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: MONTEREY PARK REGIONAL OFFICE  
 Dirección de la oficina de licenciamiento: 1000 Corporate Center Dr., Suite 200B, Monterey  
 Número de teléfono de la oficina de licenciamiento: (323) 981-3350

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 GUARDERÍA AL PADRE/MADRE/REPRESENTANTE AUTORIZADO SI SU COMPORTAMIENTO PONE EN RIESGO A LOS NIÑOS BAJO CUIDADO.**

*Para 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](http://www.meganslaw.ca.gov)*

LIC 995 (SP) (9/08)

(Separe aquí. Dele esta porción a los padres.)

### CONFIRMACIÓN DE HABER RECIBIDO LA NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES (Se requiere la firma del padre/madre/representante autorizado.)

Yo, el padre/madre/representante autorizado de \_\_\_\_\_, he recibido, de la persona con licencia, una copia de la "NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LAS GUARDERÍAS INFANTILES" y el formulario sobre el PROCESO PARA LA REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES DE LOS PROVEEDORES DE CUIDADO.

PUENTE LEARNING CENTER  
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.**  
*Para 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](http://www.meganslaw.ca.gov)*

LIC 995 (SP) (9/08)



### Información para identificación y emergencias

**I. Información sobre la familia**

Nombre del menor (apellido y nombres): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Domicilio del menor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio comercial de la madre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio comercial del padre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**II. Nombre de las personas que están autorizadas para retirar al menor de edad del establecimiento (este niño o niña no podrá ser retirado por ninguna otra persona que no tenga una autorización escrita por el padre, la madre o el tutor).**

Nombre	Teléfono	Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**III. Otras personas a quienes se puede llamar para retirar al niño o niña del establecimiento en caso de emergencia**

Nombre	Domicilio	Teléfono	Relación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**IV. Médico a quien llamar en caso de emergencia**

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

**V. Número de Medi-Cal \_\_\_\_\_ Seguro médico \_\_\_\_\_**

Número de seguro \_\_\_\_\_

**VI. Alergias u otras limitaciones médicas \_\_\_\_\_**

**VII. Permiso para tratamiento médico.** Los procedimientos administrativos con respecto a la prestación de atención médica al menor de edad en ausencia de los padres varían entre el personal médico y las instituciones médicas. El procedimiento exacto exigido por el médico u hospital que debe seguirse en casos de emergencias debe ser verificado con anterioridad.

*En caso de accidente o emergencia, autorizo a un miembro de la agencia de desarrollo infantil a llevar a mi hijo o hija al médico anteriormente mencionado o al hospital de emergencias más cercano para recibir el tratamiento y las medidas necesarios que garanticen la seguridad y protección de mi hijo o hija. Dicha atención correrá por mi cuenta.*

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Padre, madre o tutor

## INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN Y EMERGENCIA GUARDERÍAS INFANTILES/HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS

A completarse por el padre/madre o el representante autorizado

NOMBRE DEL NIÑO	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	SEXO	TELÉFONO ( )
DIRECCIÓN	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
					FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL/ PAREJA DOMÉSTICA DEL PADRE	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELÉFONO DEL TRABAJO ( )	
DIRECCIÓN DEL HOGAR	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
					TELÉFONO DEL HOGAR ( )
NOMBRE DE LA MADRE/TUTOR LEGAL/ PAREJA DOMÉSTICA DE LA MADRE	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELÉFONO DEL TRABAJO ( )	
DIRECCIÓN DEL HOGAR	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
					TELÉFONO DEL HOGAR ( )
PERSONA RESPONSABLE DEL NIÑO	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELÉFONO DEL HOGAR ( )	TELÉFONO DEL TRABAJO ( )

### PERSONAS ADICIONALES QUE SE PUEDEN LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	PARENTESCO/ RELACIÓN

### MÉDICO O DENTISTA QUE SE DEBE LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

MÉDICO	DIRECCIÓN	NOMBRE Y NÚMERO DEL PLAN MÉDICO	TELÉFONO ( )
DENTISTA	DIRECCIÓN	NOMBRE Y NÚMERO DEL PLAN MÉDICO	TELÉFONO ( )

SI NO SE PUEDE HABLAR CON EL MÉDICO, ¿QUE ACCIÓN SE DEBE DE TOMAR?

LLAMAR AL HOSPITAL DE EMERGENCIA     OTRA    EXPLIQUE: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA LLEVARSE AL NIÑO DEL ESTABLECIMIENTO**  
(AL NIÑO NO SE LE PERMITIRÁ SALIR CON NINGUNA OTRA PERSONA SIN AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO.)

NOMBRE	PARENTESCO/RELACIÓN

HORA EN QUE SE PASARÁ A BUSCAR AL NIÑO

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL O REPRESENTANTE AUTORIZADO

FECHA

**A COMPLETARSE POR EL DIRECTOR/ADMINISTRADOR DEL ESTABLECIMIENTO O POR LA PERSONA CON LICENCIA DEL HOGAR QUE PROPORCIONA CUIDADO DE NIÑOS**

DATE OF ADMISSION

DATE LEFT