



Medico del nino(a) o el Centro Medico mas frecuente: \_\_\_\_\_

Numero Telefonico : (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Que idioma habla el nino en la casa?    **Primario** \_\_\_\_\_    **Secundario** \_\_\_\_\_

Lenguaje primario en le hogar: \_\_\_\_\_

Como habla el nino el idioma Ingles?

- Muy bien             Bien             No muy bien             No lo habla             No aplicable

Previamente el nino(a) ha sido matriculado en Early Head Start o algun otro programa de desarrollo infantil?

- Si             No

Si la respuesta es si, a cual programa(s) ha asistido el nino(a) y en que fechas?

- |   |       |             |       |             |
|---|-------|-------------|-------|-------------|
| <input type="checkbox"/> Early Head Start                               | Desde | ___/___/___ | Hasta | ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Parents and Child Center (PCC)                 | Desde | ___/___/___ | Hasta | ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Comprehensive Child Development Program (CCDP) | Desde | ___/___/___ | Hasta | ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Head Start Migrant Program                     | Desde | ___/___/___ | Hasta | ___/___/___ |
| <input type="checkbox"/> Otro, especifique: _____                       | Desde | ___/___/___ | Hasta | ___/___/___ |

Se ha identificado o hay sospecha de que su nino tenga alguno de los siguientes problemas, que requiera de intervencion temprana, educacion especial, y/o servicios relacionados?

- SI             NO

Si su respuesta es si, por favor marque todos los que aplique.

Discapacidad	Sospecha	Identificado	Evaluado por
Autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ___/___/___	_____
Emocional/Desorden de comportam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ___/___/___	_____
Mala salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ___/___/___	_____
Dano en el oido/Sordera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ___/___/___	_____
Discapacidad para aprender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ___/___/___	_____
Retardo Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ___/___/___	_____
Dano Orthopedico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ___/___/___	_____
Dano de Lenguaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ___/___/___	_____
Cirugia por trauma en el cerebro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ___/___/___	_____
Dano visual/ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ___/___/___	_____
Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ___/___/___	_____

## Seccion 2: Informacion de la Familia

### Padre / Guardian Primario:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Primer Nombre      2o.Nombre      Apellido

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo:       Masculino       Femenino  
Provee apoyo economico a la familia?       Si  
Posicion en el empleo : \_\_\_\_\_  
Vive con la Familia?       Si       No

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
 No  
Ultimo grado que ha estudiado: \_\_\_\_\_

Esta viviendo en la misma direccion donde vive el nino?       Si       No  
(si no, por favor llene los espacios de abajo.)

La direccion donde le llega la correspondencia, es igual de donde vive?       Si       No

\_\_\_\_\_  
Direccion  
\_\_\_\_\_  
Ciudad      Estado      Zip Code

\_\_\_\_\_  
Direccion  
\_\_\_\_\_  
Ciudad      Estado      Zip Code

Numero Telefonico: (      ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Numero Telefonico: (      ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Numero Celular : (      ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Numero Celular : (      ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Padre / Guardian Secundario:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Primer Nombre      2o.Nombre      Apellido

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo:       Masculino       Femenino  
Provee apoyo economico a la familia?       Si  
Posicion en el empleo : \_\_\_\_\_  
Vive con la Familia?       Si       No

Numero de Seguro Social: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
 No  
Ultimo grado que ha estudiado: \_\_\_\_\_

Esta viviendo en la misma direccion donde vive el nino?       Si       No  
(si no, por favor llene los espacios de abajo.)

La direccion donde le llega la correspondencia, es igual de donde vive?       Si       No

\_\_\_\_\_  
Direccion  
\_\_\_\_\_  
Ciudad      Estado      Zip Code

\_\_\_\_\_  
Direccion  
\_\_\_\_\_  
Ciudad      Estado      Zip Code

Numero Telefonico: (      ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Numero Telefonico: (      ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Numero Celular : (      ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Numero Celular : (      ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Hay algun otro adulto en el hogar?  Si  No

Cuantos ninos hay en su familia? \_\_\_\_\_

Por favor escriba los nombres de los otros ninos:

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Relacion con el nino matriculado: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Relacion con el nino matriculado: \_\_\_\_\_

3. Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Relacion con el nino matriculado: \_\_\_\_\_

4. Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Relacion con el nino matriculado: \_\_\_\_\_

5. Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Relacion con el nino matriculado: \_\_\_\_\_

**Algun miembro de la familia esta embarazada?**  Si  No  No Aplicable

Si la respuesta es si, cuantos meses tiene de embarazo?  Menos de 12 semanas  12-24 semanas  
 Mas de 24 semanas

Ella ha recibido tratamiento prenatal?  Si  No

**Su familia recibe alguno de los siguientes servicios o ayuda financiera?**

<input type="checkbox"/> Ayuda financiera medica (Medicaid/Medicare)	Aplica?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Security ingreso suplementario (SSI)	Aplica?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Estampillas de alimentos	Aplica?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Cuidado de adopcion/ Subsidio de adopcion	Aplica?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Asistencia publica - welfare (TANF/AFDC)	Aplica?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Seguro de desempleo	Aplica?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> WIC	Aplica?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Asistencia publica de vivienda	Aplica?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Programa de asistencia de energia	Aplica?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> EPSDT	Aplica?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Child Support/ Pension alimenticia	Aplica?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Otro, especifique _____	Aplica?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Por favor escriba el nombre de las personas a quienes podemos contactar en caso de que los padres/guardianes no esten disponibles. Por favor escriba los nombres en el orden en que a usted le gustaria que fueran contactados.

1. Nombre: \_\_\_\_\_

El niño puede ser retirado de la escuela por esta persona?

Si  No

Podemos contactar esta persona en caso de emergencia?

Si  No

Telefono: Trabajo : ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Casa : ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Otro : ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_

El niño puede ser retirado de la escuela por esta persona?

Si  No

Podemos contactar esta persona en caso de emergencia?

Si  No

Telefono: Trabajo : ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Casa : ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Otro : ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

3. Nombre: \_\_\_\_\_

El niño puede ser retirado de la escuela por esta persona?

Si  No

Podemos contactar esta persona en caso de emergencia?

Si  No

Telefono: Trabajo : ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Casa : ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Otro : ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

4. Nombre: \_\_\_\_\_

El niño puede ser retirado de la escuela por esta persona?

Si  No

Podemos contactar esta persona en caso de emergencia?

Si  No

Telefono: Trabajo : ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Casa : ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Otro : ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Certifico que la informacion que he proveido en apoyo a esta aplicacion es exacta y verdadera de acuerdo a mis conocimientos.

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

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

Telefono(s):

Casa: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Otro: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

### Section 3: Formato de permiso del nino(a)

Por favor lea, firme y escriba la fecha a las siguientes declaraciones .

Yo he leído y entendido toda la información que Dunbar Center ha establecido en el "Manual de lo Padres" ("Parent Handbook").

Yo aceptare las reglas y regulaciones del Centro.

Firma : \_\_\_\_\_  
Padre/Guardian

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

En algunas ocasiones las profesoras tomara fotografías a los niños que participan en varias actividades. Doy permiso de usar las fotografías, videos o films sin compensación. Algunas o todas las fotografías, videos or films son de propiedad de Dunbar Center y pueden ser usadas para promover las actividades del Centro. Por este medio doy mi permiso para que las fotografías, videos or films que le tomen a mi hijo(a) mientras este participando en el programa, puedan ser usadas en publicidad o relaciones publicas de Dunbar Center, Inc.

Firma : \_\_\_\_\_  
Padre/Guardian

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

Nombre del nino(a): \_\_\_\_\_