



Distrito Escolar Unificado de Tracy
Preparación Escolar Programas de Preescolar



Paquete de Inscripción

Programa Preescolar (3 Horas)

Ubicadas en:

NORTH PRESCHOOL #393614190

2875 Holly Drive, Portable 1 Tracy, CA 95376

SOUTH WEST PARK PRESCHOOL #393605949

500 West Mount Diablo Avenue Tracy, CA 95376

VILLALOVOZ PRESCHOOL #393621310

1550 Cypress Drive Tracy, CA 95376

Oficina de Preparación Escolar Preescolar

500 West Mount Diablo Ave., Tracy, CA 209-830-3355

Si tiene alguna pregunta o necesita información adicional,
comuníquese con Marie Martinez, Secretaria de Inscripción
Preescolar, al 209-830-3355 correo electrónico:

mmartinez@tusd.net

2022-2023

Estimados padres/tutores:

Gracias por su interés en nuestros programas preescolares de TUSD. Usted Comenzará el proceso de ser colocado en nuestra lista de espera para nuestro Programa Preescolar completando los formularios adjuntos. Accederemos a nuestra lista de espera y nos pondremos en contacto con las familias basándonos en los criterios de elegibilidad que aparecen a continuación.

Programa Preescolar del Estado de California (CSPP)

Prioridades de admisión de CSPP de medio día (EC 8261, 8235, 8236 y 8263 (b); 5 CCR 18106):

- a. **Primera Prioridad:** Los contratistas deberán dar primera prioridad para los servicios a los niños de CSPP de tres y cuatro años del CSPP que sean receptores de servicios de protección infantil, o que se haya determinado que han sido descuidados, abusados o explotados o que estén en riesgo de serlo. Si una agencia no puede inscribir a un niño en esta categoría de primera prioridad, la agencia remitirá a los padres o tutores del niño a los recursos locales y servicios de derivación locales para que se puedan localizar los servicios para el niño.
- b. **Segunda Prioridad:** (EC 8263 [b] [2]) Los contratistas darán segunda prioridad para los servicios a los niños elegibles del CSPP de cuatro años de edad en el siguiente orden: 1) Los niños elegibles que fueron inscritos en el CSPP cuando tenían tres años; 2) Los niños cuyas familias tienen la clasificación de ingresos más baja según la tabla de elegibilidad más reciente de los límites de ingresos publicada por el SSPI en el momento de la inscripción; 3) Cuando dos o más familias tengan la misma clasificación de ingresos, según la tabla de elegibilidad de límites máximos de ingresos más reciente, se admitirá primero al niño con necesidades excepcionales tal y como se define en el artículo 8208 de la CE; 4) Si no hay familias con niños con necesidades excepcionales, se admitirá primero a la familia que lleve más tiempo en lista de espera.
- c. **Tercera Prioridad:** Los contratistas darán la tercera prioridad para los servicios a los niños de tres años elegibles del CSPP, en el siguiente orden: 1) Los niños cuyas familias tengan la clasificación de ingresos más baja según la tabla de elegibilidad de límites de ingresos más reciente publicada por el SSPI en el momento de la inscripción; 2) Cuando dos o más familias tengan la misma clasificación de ingresos, según la tabla de elegibilidad de límites de ingresos más reciente, se admitirá primero al el niño con necesidades excepcionales, tal como se define en la sección 8208 del CE; 3) Si no hay familias con niños con necesidades excepcionales, se admitirá primero a la familia que lleve más tiempo en lista de espera.
- d. Una vez que se hayan inscrito todos los niños que reúnen los requisitos, el contratista podrá inscribir a los siguientes niños en el orden indicado: 1) Se podrá inscribir a los niños de familias cuyos ingresos no superen en más de un 15% el umbral de ingresos de elegibilidad. Los niños de familias inscritas en virtud de esta excepción no podrán superar el diez por ciento de la inscripción total del contrato del CSPP participante. Se dará prioridad a los niños de cuatro años antes que a los de tres años; 2) Los niños con necesidades excepcionales, tal y como se define en el artículo 8208 de la CE, podrán ser inscritos, independiente de los ingresos de la familia. Los niños inscritos de acuerdo con esta subsección, no contarán para la limitación del diez por ciento. Se dará prioridad a los niños de cuatro años antes que a los de tres años; 3) Para los sitios de CSPP que operan dentro de los límites de asistencia de una escuela FRPM calificada, el contratista puede, inscribir a los niños de cuatro años de CSPP cuyas familias residen dentro de los límites de asistencia de la escuela primaria FRPM calificada sin establecer la elegibilidad de conformidad con las secciones 8263 del EC (a) (1) (A) y (B). En la medida de lo posible, estas familias serán inscritas por orden de clasificación de ingresos, de menor a mayor.

Consulte la tabla de abajo para ver si sus ingresos contables totales cumplen con los criterios de elegibilidad de ingresos. Incluya todos los salarios al calcular sus ingresos mensuales.

# of Persons in Family # Personas en la Familia	<u>SCHEDULE OF INCOME CEILING/SUMA DE LOS INGRESOS DE LA FAMILIA</u>	
	Family's Total Gross Income/Suma de los ingresos de la familia Monthly/Mensuales	Yearly/Anuales
1-2	\$ 7,068	\$ 84,818
3	\$ 8,049	\$ 96,590
4	\$ 9,342	\$112,105
5	\$10,837	\$130,042
6	\$12,332	\$147,979
7	\$12,612	\$151,342
8	\$12,892	\$154,705
9	\$13,172	\$158,068
10	\$13,453	\$161,431
11	\$13,733	\$164,794
12 or more	\$14,013	\$168,158

Programa Preescolar First 5

Para ser elegible para nuestro programa First 5, las familias deben cumplir con una o más de los siguientes requisitos:

1. Edad elegible de 3 o 4 años de edad con necesidades especiales.
2. Residir dentro los límites de asistencia de una de las siguientes escuelas TUSD: Bohn, Central, Freiler, Hirsch, Jacobson, Kelly, McKinley, North, Poet Christian, South West Park, o Villalovoz.
3. Vivir en un hogar con dos idiomas;
4. Hogar de emigrantes estacionales;
5. Familia de bajos ingresos;
6. Hogar étnico;
7. Experimentar la falta de vivienda;
8. Niño inscrito en sistema de crianza.

Por favor complete los formularios de interés contenidos en este paquete y reúna la documentación requerida que se indica en la página siguiente y que tendrá que ser presentada junto con su paquete a nuestra oficina de Inscripción de Preparación Escolar ubicada en la Escuela Elementaría South West Park. Por favor, asegúrese de que todos sus documentos estén completos, será rechazado si su paquete no está completo en el momento de su cita.

Si tiene alguna pregunta sobre estos formularios o si necesita ayuda para llenarlos, por favor llame a nuestra secretaria de inscripción de preparación escolar al 209-830-3355.

Rocio Garcia
Coordinadora de Preparación Escolar
Distrito Escolar Unificado de Tracy

Es una política del Distrito Escolar Unificado de Tracy no discriminar por motivo de sexo, orientación sexual, identificación étnica, raza, origen nacional, religión, estado civil, edad, afiliación política o por discapacidad mental o física en los programas educativos que administra.



DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA LA INSCRIPCION

Se requiere una cita de inscripción final para inscribir a su hijo en este programa. Basado en nuestra lista de prioridades, usted será contactado para una cita de inscripción. Traiga TODA la documentación requerida a su cita de inscripción. TODOS los formularios deben estar firmadas y fechados. NO envíe estos formularios por correo.

Prueba de Residencia:

- Un comprobante de una dirección de calle o de una dirección postal en California a su nombre **O**
- Un comprobante de la dirección de calle del residente principal si su familia esta compartiendo o alquilando una habitación y una declaración jurada del Cuestionario de Residencia de Estudiantes de TUSD completada (ambos lados).
- Las familias que se encuentran sin hogar pueden presentar una remisión de una agencia de servicios sociales o una autodeclaración de intención de vivir en California, no se requiere ninguna prueba.

Certificado de Nacimiento: de **TODOS** los niños menores de 18 años incluidos en el tamaño de la familia.

Registros de Vacunas Actualizados: **Debe ser proporcionada dentro de los 30 días de la inscripción.**

- Registro de Vacunas (tarjeta amarilla) del alumno.

Examen Físico del Niño: **Debe ser proporcionado dentro de los 30 días de la inscripción.**

- Reporte del Medico LIC 701 - debe ser completado por el médico.

Documentación de los Ingreso Totales de la Familias: Mostrar **UN MES** de los ingresos mensuales brutos totales más recientes de la familia. Las horas adicionales se promedian durante un período de 3 meses y los bonos se promedian durante un período de 12 meses; se puede requerir documentación adicional de ingresos.

- Pago Semanal:** proporcione 4-5 talones de cheques consecutivos.
- Pago Quincenal:** proporcione 2-3 talones de cheques consecutivos.
- Pago Mensual:** proporcione un talón de cheque del mes anterior.
- Trabajo por Cuenta Propia:** carta de la fuente de ingresos, copia de la última declaración de impuestos firmada y completada, incluido el informe de pérdidas y ganancias, junto con una declaración de los ingresos actuales estimados a efectos fiscales, u otros registros comerciales (libros de contabilidad/recibos/registros comerciales).
- Manutención de los Hijos/Pensión Conyugal/Pagos TANF y verificación de otros ingresos; Desempleo/Incapacidad Laboral/Compensación Laboral/CalWORKs.**

Distrito Escolar Unificado de Tracy Preparación Escolar Programa de Preescolar

Autorización para liberar la verificación de empleo

Doy permiso para que la información con relación a mi empleo sea proporcionada al Programa Preescolar del Distrito Escolar Unificado de Tracy para determinar la elegibilidad para la guardería para mi(s) hijo(s). Entiendo que falsificando cualquier información con relación a mi empleo me hará inelegible para servicios del Preescolar Estatal y puede resultar en procesamiento legal por la oficina del Fiscal del Distrito.

Nombre del Empleado – Por favor en letra de imprenta

Fecha de Nacimiento

Firma del Empleado

Fecha

NOMBRE DE LA EMPRESA

DE TELEFONO DE LA EMPRESA

DIRECCION DE LA EMPRESA

CIUDAD/ ESTADOCODIGO POSTAL

DE FAX TELEFONO

SOLO PARA USO DE OFICINA - VERIFICATION DEL EMPLEADOR

Clasificación del Empleado _____ Primer día de Empleo _____ Ultimo día, si lo sabe _____

Sueldo Mensual en **Bruto**\$ _____ (incluya propinas, horas extras y comisión)

¿CON QUE FRECUENCIA RECIBE PAGO EL EMPLEADO?

Mensual _____ Semanal _____ Cada 2 semanas _____ 2 veces al mes _____

Días de Trabajo:

lunes _____ martes _____ miércoles _____ jueves _____ viernes _____ sábado _____ domingo _____

Horas de Empleo:

De _____ A _____

Certifico que la información con relación a su empleo es correcta.

Firma del Empleador o su Designado/Nombre _____

Titulo _____ Fecha _____

Working Parent	Date Verified	Verified With (name)	Staff Initials
Parent A:			
Parent B:			

Verification notes:

PREPARACION ESCOLAR PROGRAMAS PREESCOLARES

Nombre LEGAL del estudiante: Por favor Imprima. (Nombre como aparece en el certificado de nacimiento)

			Preescolar
Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Grado
Sexo: M _____ F _____			
Fecha de Nacimiento			

Padre #1/Nombre del Tutor <small>Padre con el cual reside el niño</small>	Parentesco	Padre #2/Nombre del Tutor	Parentesco
Padre #1 Teléfono del Hogar	Teléfono Celular	Padre #2 Teléfono del Hogar	Teléfono Celular
Padre #1 Correo Electrónico		Padre #2 Correo Electrónico	
Padre #1 Teléfono del Trabajo		Padre #2 Teléfono del Trabajo	
Padre #1 Dirección de Residencia, Ciudad, Código de Área		Padre #2 Dirección de Residencia (si es diferente a la del Padre #1)	
Padre #1 Dirección de Correo (si es diferente a la residencia)		Padre #2 Dirección de Correo (si es diferente a la residencia)	

Office Use Only
(Para Uso de la Oficina Únicamente)

School _____
 Grade Preescolar ID# _____
 Teacher _____ Rm _____
 District Enrollment Date _____
 School Enter Date _____

TRANSPORTE DEL NINO:
Anote los adultos principales responsables de dejar y recoger a su hijo del preescolar:

1. _____
 2. _____

¿Ha asistido su hijo al preescolar anteriormente? ___ Si ___ No ___
 Si contesto si, ¿a cual escuela? _____
 ¿Ha asistido su hijo alguna escuela de TUSD? ___ Si ___ No ___
 Si contesto si, ¿a cual escuela? _____

PREOCUPACIONES MEDICAS/DE LA SALUD DEL NINO:

Su hijo tiene alguna condicion MEDICA/ o de SALUD que debamos saber? *Si* ___ *No* ___

Si es si, complete el area correspondiente en la FORMA de EMERGENCIA y adjunte cualquier informacion adicional necesaria.

Su hijo tiene alguna alergia o restriccion alimentaria? *En caso de si, proporcione detalles:* _____

¿Usa su hija: *Una EpiPen* ___ *Una Insulina* ___ *Other:* _____

Informacion Sobre el Dominio del Idioma (Encuesta del Idioma del Hogar):

1. ¿Que idioma aprendio su hijo cuando comenzo a hablar? _____

2. ¿Que idioma le habla con más frecuencia su hijo en casa? _____

3. ¿Cual idioma habla con más frecuencia su hijo en casa? _____

4. ¿Cual idioma hablan en casa los adultos con más frecuencia? _____

¿Cuál es la Etnicidad de su hijo? (Por favor marque una): hispano o latino No es hispano o latino

¿Cuál es la raza de su hijo? (Por favor marque hasta 5 categorías raciales)

___ Africano Americano/Negro (600) ___ Camboyano (207) ___ Nativo de Hawái (301) ___ Laosiano (206) ___ Vietnamita (204)
___ Indio Americano/Nativo de Alaska (100) ___ Chino (201) ___ Hmong (208) ___ de las Islas Pacificas, Otro (399) ___ Blanco (700)
___ Indio Asiático (205) ___ Filipino (400) ___ Japonés (202) ___ Samoano (303)
___ Asiático, otro (299) ___ Guameño (302) ___ Coreano (203) ___ Tahitiano (304)

Nivel de educación del padre con el más alto nivel de educación: (Marque solamente 1)

___ No graduó de preparatoria (1) ___ Algo de universidad (3) ___ Escuela de Posgrado/Formación de Posgrado (5) ___ Graduó de Preparatoria (2) ___ Graduó de la Universidad(4) ___ Declino declarar o no sé (6) ___

INFORMACION SOBRE EL LUGAR DE NACIMIENTO DEL NIÑO:

Lugar de Nacimiento: Ciudad _____ Estado _____ País _____ *Fecha que entro por primera vez a la escuela en los Estados Unidos (si nació fuera de los Estados Unidos): _____
Fecha en que su hijo se inscribió por primera vez en los Estados Unidos: _____ *Fecha en que su hijo ingreso por primera vez en una escuela de California _____
(Mes/Día/Año) (Mes/Día/Año)

HOGAR DEL NIÑO:

El estudiante reside con él: Padre (1) ___ Padre (2) ___ Ambos Padres (BP) ___ Custodia Compartida (JC) ___ Tutor (G) ___ Padre de Crianza (FP) ___ Otro (O) _____

Hay alguna informacion LEGAL o de TUTELA sobre su hijo que debamos saber? Si ___ No ___

Si esta divorciada/separada, hay custodia compartida? Si ___ No ___ Si no, quien tiene la custodia? _____

Hay una orden de restriccion en efecto? Si ___ No ___ En caso de si, por favor explique: _____

INFORMACION SOBRE EL NIÑO:

Su hijo ha sido evaluado o esta recibiendo algun servicio de educacion especial? Si ___ No ___

Habla, comportamiento, desarrollo, etc. En caso de que si, explique: _____

Tiene su hijo un IFSP (Plan de Servicio Familiar Individualizado) o un IEP (Plan Educativo Individualizado)? Si ___ No ___ En caso de si, proporcione una copia.

Tiene alguna preocupacion sobre el desarrollo de su hijo? Si ___ No ___ En caso de si, explique: _____

HERMANOS, HERMANAS, OTROS EN SU HOGAR MATRICULADOS EN EL DISTRITO ESCOLAR DE TRACY: (Por favor del nombre, parentesco, fecha de nacimiento, y grado)

Nombre: _____ Parentesco: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____
Nombre: _____ Parentesco: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____
Nombre: _____ Parentesco: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Firma Autorizada de preescolar de TUSD

Fecha



Nombre del estudiante _____ Grado _____

Solo para uso de la escuela
Inicial: _____
Fecha: _____

Cuestionario de residencia de estudiantes
(Se requiere un cuestionario por estudiante)

Este formulario debe ser llenado al comienzo de cada año escolar por todos los padres de familia / tutores legales y / o jóvenes no acompañados. La información proporcionada en este formulario puede ayudar a identificar a los estudiantes que califican para los servicios bajo la Ley McKinney-Vento (Vivienda de Transición).

Padre de familia # 1 / Nombre del tutor legal: _____ Relación con el estudiante: _____
Dirección de residencia actual: _____
¿Cuánto tiempo lleva viviendo en este lugar? _____ Número de teléfono: _____
Padre de familia # 2 / Nombre del tutor legal: _____ Relación con el estudiante: _____
Dirección de residencia actual: _____
¿Cuánto tiempo lleva viviendo en este lugar? _____ Número de teléfono: _____

***** Nota: Si la custodia legal se divide entre dos padres de familia, además de los documentos enumerados a continuación, deberá adjuntar una copia certificada de la orden judicial que identifique la concesión de custodia física respectiva de cada padre de familia. Usted es responsable de informar inmediatamente a la escuela cualquier cambio que se haga en la orden judicial. *****

POR FAVOR, INDIQUE TODOS LOS NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR Y EN EDAD ESCOLAR QUE VIVEN EN SU CASA:

Nombre: _____	Fecha de nacimiento: /_ /_	Escuela: _____	Grado: _____
Nombre: _____	Fecha de nacimiento: /_ /_	Escuela: _____	Grado: _____
Nombre: _____	Fecha de nacimiento: /_ /_	Escuela: _____	Grado: _____
Nombre: _____	Fecha de nacimiento: /_ /_	Escuela: _____	Grado: _____
Nombre: _____	Fecha de nacimiento: /_ /_	Escuela: _____	Grado: _____

¿Alguno de sus estudiantes está en un hogar de crianza? SI NO

(Si respondió Sí, complete el cuestionario para estudiantes de crianza, un formulario por estudiante de crianza.)

POR FAVOR MARQUE LA CASILLA DE ABAJO QUE MEJOR DESCRIBA SU SITUACIÓN DE VIDA ACTUAL:

- Alquiler / propiedad de apartamento o casa **(SI MARCO ESTA OPCION, VAYA AL PASO A)**
- Vivienda compartida preferida o arreglos de vivienda a largo plazo **(SI MARCO ESTA OPCION, VAYA AL PASO B)**
- Compartiendo la vivienda de otra persona debido a **(MARQUE UNO):**
 - ___ Pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar, como desalojo del hogar
 - ___ Viviendo en un motel, hotel, campamento, parque de casas rodantes o entorno similar
 - ___ Viviendo en una situación de emergencia o de transición, como casos de violencia doméstica o refugios para personas sin hogar o en viviendas de transición.
 - ___ Tener una residencia nocturna principal que no sea un lugar diseñado o que no se utilice normalmente como alojamiento habitual para dormir.
 - ___ Durmiendo en automóviles, parques, espacios públicos, edificios abandonados, viviendas deficientes o entornos similares
 - ___ Viviendo con un adulto que no sea el padre de familia o tutor legal, o viviendo solo sin un adulto
 - ___ Asilo político

- A. Si es propietario o alquila la propiedad en la que reside, adjunte estos 1 documentos/facturas con su nombre **(PADRE DE FAMILIA/TUTOR LEGAL)** y dirección actual:
 - a. Copia reciente del contrato de alquiler / hipoteca **O** factura de impuestos del condado de San Joaquín
 - b. Copia reciente de la factura de servicios públicos (PGE, Ciudad de Tracy, etc.)
 - c. Otra factura reciente enviada por correo a su dirección **O** licencia de conducir o identificación de California del DMV con dirección actual
- B. Si comparte una casa con otra persona o familia, adjunte estos 1 documentos/facturas con el nombre del **RESIDENTE PRINCIPAL**, dirección actual, y complete la **DECLARACIÓN JURADA DE RESIDENCIA** (en el reverso) **en persona**.
 - a. Copia reciente del contrato de alquiler / hipoteca **O** factura de impuestos del condado de San Joaquín
 - b. Una copia reciente de la factura de servicios públicos (PGE, Ciudad de Tracy, etc.)
 - c. Otra factura reciente enviada por correo a su dirección **O** Licencia de conducir actual o identificación de California del DMV con dirección actualizada.

Si desea recibir información sobre los recursos disponibles, solicite un cuestionario de vivienda para completar.

La dirección que figura arriba es mi residencia principal. Estoy de acuerdo en notificar a TUSD inmediatamente si hay algún cambio en el estado de mi residencia. Certifico que toda la información proporcionada es verdadera y correcta. Soy consciente de que los funcionarios del distrito pueden verificar la información en la solicitud y que la tergiversación deliberada de la información puede someterme a enjuiciamiento u otras sanciones según las leyes federales, estatales y del distrito.

Firma del Padre de familia/ Tutor legal: _____ Fecha: _____

Nombre del Alumno: _____ Fecha Nacimiento: _____ Grado _____

FORMA DE TRATAMIENTO DE EMERGENCIA DEL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE TRACY

Nota: ¡Si la información siguiente cambia durante el año escolar, notifiquenos inmediatamente!

Las Normas de Tratamiento de Emergencia de las Escuelas Públicas de Tracy en casos de lesiones o enfermedad en la escuela, permiten al personal escolar llamar al teléfono de emergencia “911” la línea de emergencia. Con autorización de los padres/tutores, los servicios médicos de emergencia se pueden suministrar. Para cualquier otra cosa que no sea el sistema de mantenimiento de vida, los profesionales médicos exigen la autorización de los padres/tutores antes de empezar a impartir el tratamiento de emergencia.

En caso de lesión o enfermedad grave el personal escolar intentara notificar a los padres/tutores inmediatamente. Si no pudiéramos localizarlos, y esta forma se encuentra en el expediente escolar, la escuela queda autorizada para arreglar el traslado del alumno a la sala de emergencia del hospital. Esta forma también autoriza al personal médico de turno a proporcionar el tratamiento de emergencia.

Sírvase llenar la forma siguiente y regresarla inmediatamente a la escuela con sus hijos para que sea colocada en el expediente durante este año escolar. Agradecemos su cooperación. **POR FAVOR USE LETRA DE IMPRENTA.**

Nombre del Padre/Tutor con cual el estudiante reside: _____

¿Tiene Orden de Restricción? Si _____ No _____ Orden de la Corte Si _____ No _____ Si contesto Si, proporcione copias de los documentos legales pertinentes.

Ponga un Círculo Alrededor de Padre o Tutor

Nombre del Padre o Tutor #1: _____ Dirección: _____

Teléfono de casa #: _____ # del trabajo _____ #del Celular _____

Correo Electrónico _____ # del Hogar _____

Ponga un Círculo Alrededor de Padre o

Tutor Nombre del Padre o Tutor #2: _____ Dirección: _____

Teléfono de casa # _____ # del trabajo _____ #del Celular _____

Correo Electrónico _____ # del Hogar _____

¿Tiene su hijo algún desorden medico que la escuela/el Médico deba saber antes del tratamiento? En caso afirmativo por favor descríballo a continuación. Si no, por favor marque ninguno: NINGUNO

POR FAVOR COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Nombre del Médico: _____ **#Teléfono** _____

Nombre compañía de seguro: _____ **#Póliza:** _____

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA Y TRANSPORTACIÓN

Autorizo al Distrito Escolar Unificado de Tracy a llamar al “911” y arreglar la transportación a un centro de tratamiento de emergencia u hospital para mi hijo(a) si el/ella se lastima seriamente.

El suscrito ha autorizado el tratamiento necesario para el paciente cuyo nombre aparece arriba y que el tratamiento y procedimientos sean administrados por los médicos e integrantes del personal de dicho hospital. El suscrito entiende que un médico será elegido para beneficio del paciente en las siguientes 24 horas de hospitalización o si es que necesita mayor tratamiento, o inmediatamente, si se presentara alguna complicación.

Responsabilidad Financiera: Se recuerda a los padres que la responsabilidad financiera incluyendo todos los costos de auxiliares médicos, transportación, hospitalización, y cualquier examinación, tratamiento, o radiografías proporcionadas será la responsabilidad del padre/tutor si es que el tratamiento de emergencia es necesario.

El suscrito ha leído y entendido la anterior autorización y entiende la misma y certifica que ninguna garantía o promesa ha sido hecha previamente a los resultados que se puedan obtener. Esta autorización para tratamiento de emergencia y transportación tendrá efecto durante el tiempo que el alumno este inscrito en un programa del Distrito Escolar Unificado de Tracy. Por lo tanto, se autoriza proporcionar a todas las compañías y agencias de seguros toda la información necesaria para completar mi reclamación de hospitalización.

Firma de Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

(febrero, 2022 PreK)



Distrito Escolar Unificado de Tracy
Preparación Escolar Programas de Preescolar



DECLARACION DE CONSENTIMIENTO Y LIBERACIÓN

El Distrito Escolar Unificado de Tracy (TUSD) o First 5 San Joaquín (First 5SJ) ocasionalmente toma fotos, videos, o escribe historias sobre las familias que reciben servicios de los programas de preescolar. Entiendo que las fotografías, videos, audio y otras grabaciones, inmóviles o en movimiento, tomados de mi o de mi hijo y las declaraciones hechas por mi o mi hijo mientras participamos en el programa pueden usarse en materiales de comunicación y publicidad en todos los medios como Learning Genie (una aplicación de participación de padres y maestros) o anuarios escolares. Al firmar, doy permiso a TUSD/F5SJ, a sus socios y organizaciones afiliadas para:

- Tomar y utilizar la foto de mi hijo o mía.
- Hacer y utilizar una grabación de video de mi y/o mi hijo.
- Tomar y utilizar grabaciones de audio de mi y/o mi hijo
- Registrar y utilizar declaraciones hechas por mi y/o mi hijo.

Además, doy permiso indefinidamente a TUSD/F5SJ y sus organizaciones afiliadas para usar historias, fotos, y/o videos en una variedad de formas que pueden incluir, entre otros: boletines, folletos, Learning Genie, redes sociales, medios de comunicación, periódicos y revistas. Reconozco que el material grabado puede ser editado o modificado y renuncio a todos los derechos para inspeccionar o aprobar el producto final. Las imágenes y el contenido se pueden usar sin ninguna otra notificación.

FECHA

NOMBRE DEL NIÑO

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

NOMBRE DEL PADRE O DE LA MADRE/TUTOR

TESTIGO

*El padre o tutor **debe** firmar para niños menores de 18 años de edad, esto incluye a los padres adolescentes.

FY 2022-2023





**TRACY UNIFIED SCHOOL DISTRICT
SCHOOL READINESS PRESCHOOL PROGRAM**



WALKING FIELD TRIP RELEASE FORM

I give permission for my child to take part in on-campus field trips or walks in the vicinity of the campus that are arranged and supervised by staff. I understand, however, that I will be notified in advance of any off-campus field trips that involve transportation by car or bus and that I will be asked to complete additional parent permission forms for any such field trip.

Child's Name

Parent Signature

Date

**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE TRACY
PROGRAMA PREESCOLAR DE PREPARACIÓN ESCOLAR**

FORMA DE PERMISO PARA EXCUSIONES A PIE

Doy permiso para que mi hijo/a participe en excursiones o caminatas en el campus o en los alrededores del campus, organizados y supervisados por el personal. Sin embargo, entiendo, que se me notificará con anticipación de cualquier excursión fuera del campus que implique transporte en automóvil o autobús y que se me pedirá que llene formas adicionales de permiso de los padres para cualquier excursión de este tipo.

Nombre del Niño/a

Firma del Padre/tutor

Fecha

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN Y DE EMERGENCIA GUARDERÍAS / HOGARES PARA EL CUIDADO DE NIÑOS

Este formulario tiene que ser completado por el padre/madre o el representante autorizado.

NOMBRE DEL NIÑO	APELLIDO	SEGUNDO	PRIMER NOMBRE	SEXO	TELÉFONO ()
DIRECCIÓN	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	C. P. FEC. NAC.
NOMBRE DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO	APELLIDO	SEGUNDO	PRIMER NOMBRE	TELÉFONO DEL TRABAJO ()	
DIR. DEL HOGAR	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	C. P. TELÉFONO DEL HOGAR ()
NOMBRE DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO	APELLIDO	SEGUNDO	PRIMER NOMBRE	TELÉFONO DEL TRABAJO ()	
DIR. DEL HOGAR	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	C. P. TELÉFONO DEL HOGAR ()
PERSONA RESPONSABLE DEL NIÑO	APELLIDO	SEGUNDO	PRIMER NOMBRE	TEL. DEL HOGAR ()	TELÉFONO DEL TRABAJO ()

PERSONAS ADICIONALES QUE SE PUEDEN LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	RELACIÓN CON EL NIÑO

MÉDICO O DENTISTA QUE SE DEBE LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

MÉDICO	DIRECCIÓN	NOMBRE Y N.º DEL PLAN MÉDICO	TELÉFONO ()
DENTISTA	DIRECCIÓN	NOMBRE Y N.º DEL PLAN MÉDICO	TELÉFONO ()

SI NO PUEDE COMUNICARSE CON EL MÉDICO, ¿QUÉ ACCIÓN SE DEBE TOMAR?

LLAMAR AL HOSPITAL DE EMERGENCIA OTRO (EXPLIQUE): _____

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

NOMBRE	RELACIÓN CON EL NIÑO

¿A QUÉ HORA RECOGERÁ AL NIÑO?

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL O REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA
--	-------

ESTA SECCIÓN SERÁ COMPLETADA POR EL DIRECTOR/ADMINISTRADOR DEL ESTABLECIMIENTO O POR LA PERSONA CON LICENCIA DEL HOGAR PARA EL CUIDADO DE NIÑOS.

DATE OF ADMISSION	LAST DATE OF ENROLLMENT
-------------------	-------------------------

HISTORIAL DE LA SALUD DEL NIÑO PARA LA ADMISIÓN - REPORTE DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO

NOMBRE DEL NIÑO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO (#1)		¿VIVE EN EL HOGAR CON EL NIÑO?
NOMBRE DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO (#2)		¿VIVE 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 PREVIAS — Marque las enfermedades que el niño ha tenido y especifique las fechas aproximadas de ellas:

	FECHAS		FECHAS		FECHAS
<input type="checkbox"/> Varicela		<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Poliomiелitis	
<input type="checkbox"/> Asma		<input type="checkbox"/> Epilepsia		<input type="checkbox"/> Sarampión de 10 días (Rubeola)	
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática		<input type="checkbox"/> Tos ferina		<input type="checkbox"/> Sarampión de 3 días (Rubella)	
<input type="checkbox"/> Fiebre del heno		<input type="checkbox"/> Paperas			

ESPECIFIQUE OTRAS ENFERMEDADES / ACCIDENTES SERIOS O GRAVES

¿TIENE EL NIÑO RESFRIADOS FRECUENTES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁNTOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	ANOTE CUALQUIER ALERGIA DE LA QUE EL PERSONAL DEBE ESTAR ENTERADO

RUTINA DIARIA DEL NIÑO (*solamente para los bebés y niños de edad preescolar)

¿A QUÉ HORA SE LEVANTA?*	¿A QUÉ HORA SE ACUESTA?*	¿DUERME BIEN?*	
¿DUERME DURANTE EL DÍA?*	¿CUÁNDO?*	¿POR CUÁNTO TIEMPO?*	
DIETA: (¿Qué suele comer el niño para estas comidas?)	DESAYUNO		
	ALMUERZO		
	CENA		
¿A QUÉ HORA SUELE COMER ESTAS COMIDAS?	DESAYUNO		
	ALMUERZO		
	CENA		
¿HAY ALIMENTOS QUE NO LE GUSTEN COMER?		¿TIENE ALGÚN PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN?	
¿SABE CÓMO IR AL BAÑO?*	SI DIJO «SÍ», ¿EN QUE ETAPA 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	
¿QUÉ TÉRMINO SE USA PARA «EVACUACIÓN INTESTINAL»?*		¿QUÉ TÉRMINO SE USA PARA «ORINAR»?*	

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

¿ESTÁ EL NIÑO ACTUALMENTE BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI DIJO «SÍ», NOMBRE DEL MÉDICO:	¿ESTÁ TOMANDO EL NIÑO MEDICAMENTO(S) RECETADO(S)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI DIJO «SÍ», ANOTE LA CLASE Y EFECTOS SECUNDARIOS:
¿USA EL NIÑO ALGÚN APARATO(S) ESPECIAL? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI DIJO «SÍ», ANOTE LA CLASE:	¿USA EL NIÑO ALGÚN APARATO(S) ESPECIAL EN SU HOGAR? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI DIJO «SÍ», ANOTE LA CLASE:

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

¿CÓMO CONVIVE EL NIÑO CON SU PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO, HERMANOS Y OTROS NIÑOS?

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

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

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

RAZÓN PARA SOLICITAR LA COLOCACIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO PARA EL CUIDADO DE NIÑOS

FIRMA DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA

PHYSICIAN'S REPORT—CHILD CARE CENTERS (CHILD'S PRE-ADMISSION HEALTH EVALUATION)

PART A – PARENT'S CONSENT (TO BE COMPLETED BY PARENT)

_____, born _____ is being studied for readiness to enter
(NAME OF CHILD) (BIRTH DATE)

_____. This Child Care Center/School provides a program which extends from _____ : _____
(NAME OF CHILD CARE CENTER/SCHOOL)

a.m./p.m. to _____ a.m./p.m. , _____ days a week.

Please provide a report on above-named child using the form below. I hereby authorize release of medical information contained in this report to the above-named Child Care Center.

(SIGNATURE OF PARENT, GUARDIAN, OR CHILD'S AUTHORIZED REPRESENTATIVE)

(TODAY'S DATE)

PART B – PHYSICIAN'S REPORT (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN)

Problems of which you should be aware:

Hearing: _____ Allergies: medicine: _____

Vision: _____ Insect stings: _____

Developmental: _____ Food: _____

Language/Speech: _____ Asthma: _____

Dental: _____

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/Td (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