



# Solicitud de ingreso al jardín de infantes de las escuelas públicas de Rogers

## ● Información del niño

Nombre completo del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ País de nacimiento: \_\_\_\_\_

Género: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_ Raza/Etnicidad: \_\_\_\_\_

Seguridad Social: \_\_\_\_\_ Idioma principal: \_\_\_\_\_

Idioma secundario: \_\_\_\_\_ ¿Habla inglés en casa?: sí / no

Nombre del médico o proveedor de atención de emergencia: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del médico: \_\_\_\_\_

Dirección del médico: \_\_\_\_\_

Peso del niño al nacer: \_\_\_\_\_

Enumere cualquier alergia: \_\_\_\_\_

¿Tiene este niño alguna necesidad dietética especial? \_\_\_\_\_

¿Recibe este niño algún servicio de educación especial? \_\_\_\_\_

¿Tiene este niño seguro médico? Sí / No Nombre del proveedor del seguro

médico \_\_\_\_\_

Enumere todos los hermanos que viven en el hogar: (Nombre, edad, escuela de los niños desde su nacimiento hasta los 18 años)

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Nombre del

niño: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Nombre del

niño: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Nombre del

niño: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Nombre del

niño: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Declaro bajo pena de perjurio y de conformidad con las normas y reglamentos del programa Arkansas Better Chance que la información proporcionada es verdadera y correcta. Entiendo que la información que proporcioné puede ser verificada de forma independiente por la División de Cuidado Infantil y Educación Infantil de Arkansas y que cualquier declaración falsa puede resultar en la exclusión de los programas del DHS y en un proceso penal.

Firma del cuidador principal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

● **Información para los padres: cuidador principal**

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ País de nacimiento: \_\_\_\_\_

Género: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_ Raza/Etnicidad: \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección actual: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Estado de empleo (tiempo completo, tiempo parcial) \_\_\_\_\_ Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Número de empleador: \_\_\_\_\_

Estado parental:

\_\_\_\_\_ Dos padres, \_\_\_\_\_ Padre soltero, \_\_\_\_\_ Otro (especifique) \_\_\_\_\_

Estado civil:

\_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Soltero \_\_\_\_\_ Divorciado

Número en la familia: \_\_\_\_\_ Número de personas en el hogar: \_\_\_\_\_

Idioma principal: \_\_\_\_\_

Educación superior-(Por favor, marque con un círculo o escriba en línea):

Ninguno, Grado: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 10, 11, 12, diploma de escuela secundaria, GED,

Algunos estudios universitarios, AA/AS, BA/BS, MA/MS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Padre desplegado en el servicio militar, \_\_\_\_\_ Niño bajo la custodia de alguien que no es el padre, \_\_\_\_\_ Niño en acogida, \_\_\_\_\_ Padre encarcelado, \_\_\_\_\_ Sin ingresos

● **Información para los padres: cuidador secundario**

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ País de nacimiento: \_\_\_\_\_

Género: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_ Raza/Etnicidad: \_\_\_\_\_

Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección actual: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Estado de empleo (tiempo completo, tiempo parcial) \_\_\_\_\_ Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Número de empleador: \_\_\_\_\_

Idioma principal: \_\_\_\_\_

Educación superior-(Por favor, marque con un círculo o escriba en línea):

Ninguno, Grado: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 10, 11, 12, diploma de escuela secundaria, GED,

Algunos estudios universitarios, AA/AS, BA/BS, MA/MS \_\_\_\_\_

● **Cuestionario de antecedentes de salud (responda sí o no)**

1. ¿Su hijo presta atención cuando le leen? \_\_\_\_\_
2. ¿Puede su hijo jugar de forma independiente durante más de media hora? \_\_\_\_\_
3. ¿Su hijo sigue instrucciones y obedece a los adultos? \_\_\_\_\_
4. ¿Su hijo habla con suficiente claridad para que los demás lo entiendan? \_\_\_\_\_
5. ¿Puede su hijo vestirse sin ayuda? \_\_\_\_\_
6. ¿Tiene su hijo algún problema de habla (tartamudeo, retraso)? \_\_\_\_\_
7. ¿Su hijo se opone a que lo dejen con una niñera? \_\_\_\_\_
8. ¿Su hijo alguna vez se moja o se ensucia durante el día? \_\_\_\_\_
9. ¿Tiene alguna inquietud sobre la salud general de su hijo (hábitos de alimentación y sueño, intestinos o vejiga, postura, dientes, piel, peso, etc.)? \_\_\_\_\_
10. ¿Su hijo tiene algún problema ocular (dificultad para ver, estrabismo, ojos frecuentemente enrojecidos o
11. ojos llorosos, usa anteojos o lentes de contacto)? \_\_\_\_\_
12. ¿Su hijo tiene algún problema de oído o audición (dolores de oído frecuentes, dificultad para oír, supuración del oído, uso de audífonos, etc.)? \_\_\_\_\_
13. ¿Su hijo tiene alguna alergia (alimentos, insectos, medicamentos, polen, etc.)? \_\_\_\_\_
14. ¿Su hijo tiene alguna enfermedad específica que en su opinión pueda afectar su rendimiento escolar? \_\_\_\_\_
15. ¿Ha recibido su hijo alguna evaluación médica o de otro tipo, cuyos resultados podrían ayudar al personal escolar a satisfacer sus necesidades educativas o de salud? \_\_\_\_\_
16. ¿Este problema requiere algún tipo de atención sanitaria en la escuela? \_\_\_\_\_
17. ¿Su hijo toma medicamentos? \_\_\_\_\_
18. ¿Tiene alguna inquietud sobre el comportamiento del desarrollo de su hijo o su bienestar emocional que la escuela debería conocer? \_\_\_\_\_
19. ¿Recibe el niño algún servicio especial (habla, desarrollo, terapia ocupacional/fisioterapia, etc.)? \_\_\_\_\_
20. ¿Su hijo ha tenido un examen dental en los últimos 12 meses? \_\_\_\_\_
21. ¿Su hijo ha tenido sibilancias o tos en los últimos 12 meses? \_\_\_\_\_
22. ¿Su hijo ha estado alguna vez hospitalizado, ha sido sometido a operaciones o ha sufrido alguna enfermedad o lesión grave? \_\_\_\_\_

Describa a continuación el problema o inquietud que tiene:

---

---

---

---

La información contenida en este formulario podrá ser compartida con el personal apropiado para fines sanitarios y educativos.

Firma del cuidador principal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_