



Ocean View School District

PROGRAMAS PREESCOLARES DE APRENDIZAJE TEMPRANO

creando conexiones para un futuro brillante

Aplicacion para el Programa Preescolar Estatal

Por favor regresar con los siguientes documentos:



ESTA APLICACION COMPLETA &

COMPROBANTES DE INGRESOS RECIENTES para los dos padres

2 COMPROBANTES DE DOMICILIO contrato o recibo de renta, utilidades, o carta de agencia de gobierno

ACTA DE NACIMIENTO DE SUS HIJOS MENORES DE EDAD

FORMULARIO DEL CHEQUEO FISICO MAS RECIENTE, VACUNAS Y PRUEBA DE TUBERCULOSIS

FAVOR DE HACER UNA CITA PARA REGRESAR LA APLICACION COMPLETA



SCAN ME



Para hacer una cita, tome foto del codigo en esta pagina, contactenos al 714-843-6938 o visite la pagina www.ovsd.org/preschool

Sitios Preescolares

Oak View Preschool, Westmont y College View



Dando la bienvenida a niños de 3 o 4 años para el 1 de diciembre

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

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, coerción, 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:

NOMBRE

State Department of Social Services-Community Care Licensing

DIRECCIÓN

750 The City Drive, Suite 250

CIUDAD

Orange, CA

CÓDIGO POSTAL

92868

AREA/NÚMERO DE TELÉFONO

714-703-2800

SEPARE 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)

Oak View Preschool, College View, Westmont Pre

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO)

17131 Emerald Ln/6582 Lennox Dr/8251 Heil Ave

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL NIÑO)

HB, CA 92647

(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: State Dept Social Services-Comm Care Licen.

Dirección de la oficina de licenciamiento: 750 The City Drive, Suite 250, Orange, CA 92868

Número de teléfono de la oficina de licenciamiento: 714-703-2800

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

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.

Oak View Preschool, College View, Westmont Pre
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

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA PADRES

PROCESO PARA LA REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES DE LOS PROVEEDORES DE CUIDADO DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES DE CALIFORNIA

El Departamento de Servicios Sociales de California trabaja para proteger la seguridad de los niños bajo cuidado, proporcionando licencias a guarderías infantiles y hogares que proporcionan cuidado de niños. Nuestra mayor prioridad es asegurar que los niños estén en un ambiente de cuidado de niños que sea seguro y saludable. Las leyes de California requieren que se lleve a cabo una revisión de antecedentes para cualquier adulto que sea dueño de o que viva o trabaje en un hogar con licencia que proporciona cuidado de niños o en una guardería infantil con licencia. Cada uno de estos adultos tiene que presentar sus huellas dactilares para que se lleve a cabo una revisión de antecedentes para ver si tiene algún historial penal. Si determinamos que una persona ha sido condenada por un delito, que no sea una infracción menor de las reglas de tráfico o una ofensa relacionada con la marihuana la cual se trata bajo las nuevas leyes de reforma sobre marihuana de acuerdo a las Secciones 11361.5 y 11361.7 del Código de Salud y Seguridad, esa persona no podrá trabajar ni vivir en un hogar con licencia que proporciona cuidado de niños ni en una guardería infantil con licencia, a menos que lo apruebe el Departamento. A esta aprobación se le llama una exención.

Una persona que ha sido condenada por un delito como asesinato, violación, tortura, secuestro, delitos de violencia sexual o abuso sexual en contra de un niño, **por ley, no podrá recibir una exención que le permita ser dueño de o vivir o trabajar en** un hogar con licencia que proporciona cuidado de niños o en una guardería infantil con licencia. Si el delito fue un delito mayor (*felony*) o un delito menor grave, la persona tendrá que salir del establecimiento mientras que se revise la petición para una exención. Si el delito es menos grave, es posible que se le permita quedarse en el hogar con licencia que proporciona cuidado de niños o la guardería infantil con licencia mientras que se revise la petición.

Cómo se revisa la petición para una exención

Nosotros solicitamos información sobre los antecedentes de la persona a los departamentos de policía, la Oficina Federal de Investigaciones (FBI), y las cortes. Tomamos en consideración la clase de delito, cuántos delitos se han cometido, cuánto tiempo ha pasado desde que sucedió el delito, y si la persona ha sido honesta en lo que nos ha dicho.

La persona que necesita la exención tiene que proporcionar información sobre lo siguiente:

- el delito;
- lo que ha hecho para cambiar su vida y obedecer la ley;
- si está trabajando, asistiendo a la escuela, o recibiendo entrenamiento; y
- si ha completado de una manera satisfactoria algún programa de orientación o rehabilitación.

La persona también nos da cartas de referencia de otras personas que no tienen parentesco con él/ella y que tienen conocimiento del historial de él/ella y cómo es su vida ahora.

Nosotros revisamos todas estas cosas muy cuidadosamente al tomar una decisión sobre las exenciones. Por ley, no se puede compartir esta información con el público.

Cómo obtener más información

Como padre o representante autorizado de un niño bajo cuidado con licencia, usted tiene el derecho de preguntarle al hogar con licencia que proporciona cuidado de niños o a la guardería infantil con licencia si alguien que esté trabajando o viviendo allí tiene una exención. Si usted pide esta información y hay una persona con una exención, dicho hogar o guardería infantil tiene que decirle el nombre de la persona y la manera en que tal persona está involucrada en el hogar o guardería infantil. Además, tiene que darle el nombre, dirección, y número de teléfono de la oficina local de licenciamiento. Usted también puede obtener el nombre de la persona comunicándose con la oficina local de licenciamiento. Puede encontrar la dirección y el número de teléfono en nuestro sitio web. La dirección del sitio web es <http://ccld.ca.gov/contact.htm>

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA- Guarderías infantiles u hogares que proporcionan cuidado de niños

COMO PADRE/MADRE, PAREJA DOMÉSTICA, O REPRESENTANTE AUTORIZADO, POR ESTE MEDIO, DOY MI CONSENTIMIENTO

PARA QUE Oak View PreschoolCollege View/Westmont Pre OBTENGA TODO EL TRATAMIENTO MÉDICO O DENTAL DE
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

EMERGENCIA QUE UN DOCTOR (M.D.), OSTEÓPATA (D.O.), O DENTISTA (D.D.S.) DEBIDAMENTE CERTIFICADO RECETE PARA

_____ SE PUEDE PROVEER ESTE CUIDADO BAJO CUALQUIER CONDICIÓN QUE SEA
NOMBRE

NECESARIA PARA PRESERVAR LA VIDA, MIEMBROS DEL CUERPO, O BIENESTAR DEL NIÑO MENCIONADO ANTERIORMENTE.

EL NIÑO TIENE ALERGIA A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:

FECHA

FIRMA DEL PADRE/MADRE, PAREJA DOMÉSTICA, O REPRESENTANTE AUTORIZADO

DOMICILIO

NÚMERO DE TELÉFONO EN LA CASA

()

NÚMERO DE TELÉFONO EN EL TRABAJO

()

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*	MESES	EMPEZÓ A HABLAR A LOS*	MESES	SE LE EMPEZÓ A ENSEÑAR CÓMO IR AL BAÑO A LCS*	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"/> Poliomielititis
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sarampión de diez días (Rubeola)
<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 RESFRIADOS FRECUENTES? SÍ NO ¿CUÁNTOS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES? ANOTE CUALQUIER ALERGIA 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 COMO IR AL BAÑO?* SI CONTESTA "SÍ", ¿EN QUÉ ETAPA DE APRENDIZAJE ESTÁ?* ¿TIENE EVACUACIONES INTESTINALES REGULARES?* ¿CUÁL ES LA HORA USUAL?*

 SÍ NO SÍ NO

¿CUÁL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LAS EVACUACIONES INTESTINALES?*

¿CUÁL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LA DESCARGA 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:

 SÍ NO SÍ NO

¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL? SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE:

¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL EN SU CASA? SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE:

 SÍ NO SÍ 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/TEMORES/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
preescolar

FIRMA DEL PADRE/MADRE

FECHA



Ocean View School District

Early Learning Preschool Programs

Oak View Preschool

College View Preschool

Westmont Preschool



ovsdpreschools



714-843-6938



www.ovsd.org/programs/preschool-programs

AUTORIZACIÓN PARA COMUNICARSE CON EMPLEADOR

Nombre del Niño _____ Fecha de Nac. _____

PERMISO DE LOS PADRES

Yo, _____ (Padre) _____ (Madre) entiendo que he ingresado mi solicitud para inscribir a mi hijo en un programa de preescolar financiado por el estado de California.

También entiendo que la elegibilidad de mi familia para este programa será determinada por el tamaño de mi familia y los ingresos mensuales de los adultos de la familia.

Yo estoy de acuerdo que debo proveer documentación para verificar los ingresos y el tamaño de mi familia y doy mi autorización para que el Distrito de Ocean View contacte a mi empleador para verificar mi estatus de trabajo

Empleador del Padre	Empleador de la Madre
Nombre del Empleador:	Nombre del Empleador:
Dirección:	Dirección:
Numero de Teléfono:	Numero de Teléfono:
Horas de Negocio:	Horas de Negocio:

Yo, en pleno conocimiento declaro bajo pena de perjurio, que esta información es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Firma del Padre/Tutor Legal: _____ Fecha: _____

Firma de la Madre/Tutor Legal: _____ Fecha: _____

OFFICE USE ONLY VERIFIED BY: _____ DATE: _____





Ocean View School District

Early Learning Preschool Programs

Oak View Preschool

College View Preschool

Westmont Preschool



ovsdpreschools



714-843-6938



www.ovsd.org/programs/preschool-programs

Acuerdo de Admisión

Preescolar Subsidiado por el Estado

Nombre del Niño(a): _____

1. Preescolar acepta ayudar con los siguientes servicios para su hijo en edad preescolar:
 - a. Educación de la primera infancia, evaluaciones del desarrollo y plan individualizado.
 - b. Servicios médicos, dentales y de salud mental, servicios sociales, servicios de nutrición.
 - c. Servicios de Participación y Educación para Padres.
 - d. Plan de Educación individualizado y servicios especiales para niños con discapacidades.

2. El Departamento de Agencia de Licencia tendrá la autoridad:
 - a. Para entrevistar a los niños o al personal, e inspeccionar y auditar los registros de los niños o las instalaciones sin consentimiento previo.
 - b. Para observar la condición física del niño / niños, incluidas las condiciones, que podrían indicar abuso, negligencia o colocación inapropiada, y que un profesional médico con licencia examine físicamente al niño / niños.

3. El padre / tutor preescolar acordó lo siguiente:
 - a. Para asegurarse de que el niño asista a una sesión diariamente y llegue a tiempo todos los días. No hay cuidado antes o después de la escuela disponible.
 - b. Entiende que solo los padres u otros adultos (mayores de 18 años) designados por el padre en la tarjeta de emergencia del estudiante pueden firmar la entrada y salida del niño del preescolar. Las firmas deben ser legibles.
 - c. Entiende que si el padre o la persona autorizada no recoge a un niño dentro de un período de tiempo razonable y no se ha hecho ningún esfuerzo por comunicarse con el Programa Preescolar, el niño será puesto bajo el cuidado del Departamento de Policía. Entiendo que las incidencias de recogida más allá de las horas contratadas resultarán en la terminación de los servicios estatales de preescolar.
 - d. Para informar las ausencias del niño a la oficina de preescolar cuando ocurren las ausencias. (Las ausencias injustificadas excesivas pueden ocasionar que el niño sea retirado del programa preescolar).
 - e. Informar a la oficina de preescolar si planea retirarse del programa.
 - f. Cumplir con todos los requisitos del distrito.
 - g. Cumplir con las reglas del programa preescolar.
 - h. Proporcionar evidencia de las vacunas actualizadas del médico o la clínica al momento de la inscripción.
 - i. Acompañar al niño para citas médicas y dentales.
 - j. Proporcionar evidencia de un examen físico completo para cada niño.
 - k. Proporcionar transporte para el niño a las citas necesarias, ej. Servicios médicos, dentales y sociales.
 - l. Observar los objetivos de participación de los padres participando en capacitaciones para padres, actividades de alfabetización y voluntariado en el salón un mínimo de 6 horas por mes.

4. EL PROGRAMA DE TRES HORAS PREESCOLAR ESTATAL ES UN PROGRAMA FINANCIADO POR EL ESTADO DE CALIFORNIA Y NO REQUIERE HONORARIOS POR LOS SERVICIOS PRESTADOS.

5. LA ESCUELA PREESCOLAR ESTATAL TAMBIÉN ESTÁ FINANCIADA POR SUBSIDIOS DE FIRST 5 ORANGE COUNTY CHILDREN & FAMILIES COMMISSION AND PRE-KINDERGARTEN AND FAMILY LITERACY (AB172).

* He leído estos requisitos y me comprometo a cumplirlos. Además, entiendo que mi hijo no podrá asistir al programa si no cumplo este acuerdo o las políticas especificadas en el Manual para Padres. Además, acepto/aceptamos acatar cualquier nueva política cuando se me/nos notifique por escrito.

Firma de Padre/Tutor Legal: _____

Fecha: _____





Ocean View School District

Early Learning Preschool Programs

Oak View Preschool

College View Preschool

Westmont Preschool



ovsdpreschools



714-843-6938



www.ovsd.org/programs/preschool-programs

FORMULARIO DE ACCESO AL MANUAL PARA PADRES

El manual para padres está disponible para cada familia con niños en el Distrito Escolar Ocean View (OVSD). Este manual contiene información requerida por la ley, así como los procedimientos del distrito y del Departamento de Educación de California (CDE).

Elija el formato que prefiera para acceder al manual para referencia futura:

- Yo acepto acceder al Manual para padres en el sitio web del distrito y la escuela.
- Me gustaría una copia impresa del Manual para padres, y entiendo que puedo obtener una copia del manual actual en la oficina de la escuela.

Nombre del Padre o Tutor

Firma del Padre o Tutor

Fecha

Nombre del Estudiante

AUTORIZACIÓN PARA EL USO O INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE ENTRE AGENCIAS PREESCOLARES

El completar este documento autoriza la divulgación y/o el uso de información personal identificable del estudiante entre la agencia preescolar de su hijo/a, Oak View Preschool, College View, Westmont Pre y el programa QualityStart OC QRIS del Orange County Department of Education con el propósito de la evaluación del programa, y la planificación de servicios.

USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACION RELACIONADA CON:

Nombre del estudiante: _____

Apellido Primer Nombre Inicial Fecha de Nacimiento

Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo a Oak View Preschool, College View, Westmont Preschool, y al programa QualityStart OC QRIS del Orange County Department of Education, para intercambiar información referente al estudiante nombrado en la parte de arriba.

La información a intercambiar está limitada a lo siguiente: El origen étnico de su hijo/a, idioma primario y los resultados de los instrumentos de evaluación sobre desarrollo de su hijo/a tales como: el ASQ-3 y ASQ-SE/la Evaluación del desarrollo: DRDP-PS/Necesidades Especiales (IFSP/IEP).

RESTRICCIONES EN RE-DIVULGACIÓN

La ley de California prohíbe al solicitante divulgar la información a terceros a menos que el solicitante obtenga de usted otra forma de autorización o a no ser que dicha divulgación se requiera específicamente o mientras la ley lo permita.

SUS DERECHOS

Esta autorización permanecerá en efecto por un año, sin embargo, usted puede revocar esta autorización en cualquier momento enviando a la agencia(s)/personal mencionados en la parte de arriba una revocación por escrito y firmada por usted o por su representante. Su revocación entrará en efecto en cuanto sea recibida pero no se aplicará a la información que ya ha sido compartida en respuesta a esta autorización. Usted tiene derecho a recibir una copia de esta autorización.

Aprobación: _____

Nombre en letra de molde

Firma

Fecha

Relación de parentesco con el estudiante

Área y número de teléfono



Ocean View School District

Early Learning Preschool Programs

Oak View Preschool

College View Preschool

Westmont Preschool



ovsdpreschools



714-843-6938



www.ovsd.org/programs/preschool-programs

Encuesta sobre el lenguaje familiar (4 preguntas)

La identificación de su hijo como estudiante de dos idiomas en el Preescolar del Estado de California (CSPP) significa que su hijo se beneficiará del apoyo adicional del programa para desarrollar su idioma natal y sus habilidades en el idioma inglés. Esta identificación les servirá solamente en el preescolar y es diferente de cualquier proceso de identificación o apoyo/s del programa que un niño pueda recibir como aprendiz de inglés en el Kindergarten de Transición o en el Kindergarten. Por favor conteste las siguientes 4 preguntas.

Esta información se utilizará para informar y planificar el currículo del programa, desarrollar estrategias utilizadas en el entorno de aprendizaje, crear oportunidades de desarrollo profesional y fortalecer las asociaciones familiares para mejorar el apoyo a los niños que aprenden dos idiomas (DLL).

¿Qué idioma o idiomas oye su hijo en casa? Esto incluye el idioma(s) hablado(s) por los padres, abuelos, hermanos, familia extensa u otras personas que vivan en el hogar o lo visiten.

¿Qué idioma o idiomas oye su hijo en su barrio y comunidad? Por ejemplo, con amigos y vecinos, en la iglesia o en programas o actividades extraescolares. Se trata de demostrar la exposición al idioma, no de medir la competencia lingüística.

¿Qué idioma(s) entiende su hijo? _____

¿Qué idioma o idiomas habla su hijo? _____

Nombre del Estudiante: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____ Teléfono: _____

¿Le gustaría que alguien de la oficina de Programas Preescolares de Aprendizaje Temprano se pusiera en contacto con usted para ofrecerle más información sobre la condición de estudiante bilingüe de preescolar? Si No



Ocean View School District

Early Learning Preschool Programs

Oak View Preschool

College View Preschool

Westmont Preschool



ovsdpreschools



714-843-6938



www.ovsd.org/programs/preschool-programs

CONSENTIMIENTO DE PADRES

REVISIÓN DE SALUD EN PREPARACIÓN PARA LA ESCUELA

Estimados Padres/Tutores:

El Distrito de Ocean View está otorgando los siguientes servicios a través de First 5 Orange County, Children and Families Commission. La revisión de salud que se provee le ayudaría al personal del Distrito a identificar a los niños que tienen la necesidad de intervención médica especial. Para cualquiera de estas revisiones se requiere su consentimiento por escrito.

La revisión (los resultados no son diagnósticos) que siguen se proveerán durante el año escolar.

***Auditiva *Visión *Estatura, Peso y Índice de Grasa en el Cuerpo (BMI)**

***Dental *Salud *Desarrollo**

Con mi firma abajo, Yo doy mi consentimiento para las revisiones alistadas arriba.

Padre/Tutor Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Telefono: _____

Tiene su niño/a seguro médico? No Si Privado Medi-cal

Tiene su niño/a un médico? No Si Nombre del Doctor: _____

Tiene su niño/a seguro dental? No Si Privado Denti-cal

Tiene su niño/a revisiones dentales regularmente? No Si Nombre del Dentista: _____

Tiene su niño/a necesidades médicas o especiales de las cuales está preocupado/a? No Si

Explique si responde Si _____

No quiero que mi niño/a sea revisado.

El personal del Distrito también está disponible para ayudarle a obtener seguro médico/dental y otros servicios comunitarios. Para más información por favor de llamar al (714) 843-6938

OCEAN VIEW SCHOOL DISTRICT

Formulario de Evaluaciones y Necesidades Familiares

EARLY LEARNING PROGRAMS

Main Office: 17200 Pinehurst Lane, Building C

Huntington Beach, CA 92647

Phone: 714-843-6938

Estimado Padre/Representante,

Como una forma de garantizar que se satisfagan sus necesidades dentro y fuera de nuestro programa, queremos asegurarnos de poder conectarlo con servicios u organizaciones comunitarios sin costo alguno o a un costo reducido. Siéntase libre de agregar si los servicios no están en la lista.

Niño/Niña	Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Padre/Representante A	Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Padre/Representante B	Nombre:	Fecha de Nacimiento:

Indique a continuación si hay servicios o información sobre ciertos servicios que cree que serían útiles para usted o su familia: **NO se necesitan servicios en este momento**

- Asistencia de emergencia
- WIC/Nutrición/Alimentos
- Asistencia de Vivienda
- Servicios de Salud Dental/Médica
- Referencia de ropa
- Transporte
- Manutención de los hijos
- Servicios Legales/Custodia
- Educación/Carreras
- Habilidades especiales-Necesidades
- Desarrollo Infantil
- Distritos escolares
- RCP/primeros auxilios
- Clases para padres
- Consejería
- Servicios de Inmigración
- Prevención, educación y tratamiento del abuso de alcohol/drogas
- Otro: _____
- Otro: _____

Please indicate your most needed resources:

1. _____

2. _____

3. _____

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

MI MAESTRA QUIERE SABER

NOMBRE DEL NIÑO:

FECHA:

¿QUÉ TAN BIEN HAGO:	No Tan Bien	Muy Bien
en la mañana?	1 2 3 4 5	5
en la tarde?	1 2 3 4 5	5
en la noche?	1 2 3 4 5	5
al dormir?	1 2 3 4 5	5
al tomar una siesta?	1 2 3 4 5	5
al almuerzo?	1 2 3 4 5	5
en la cena?	1 2 3 4 5	5
jugar con adultos?	1 2 3 4 5	5
al jugar con mi mismo?	1 2 3 4 5	5
al jugar con otro niño?	1 2 3 4 5	5
al jugar en grupo pequeño?	1 2 3 4 5	5
al jugar en grupo grande?	1 2 3 4 5	5
al jugar adentro?	1 2 3 4 5	5
al jugar afuera?	1 2 3 4 5	5
al jugar con niños pequeños?	1 2 3 4 5	5
al jugar con niños grandes?	1 2 3 4 5	5
cuando otros niños se sientan junto a mí?	1 2 3 4 5	5
cuando otros niños se sientan lejos de mí?	1 2 3 4 5	5

Como le dejo saber a las personas: Que estoy feliz (por ejemplo: reír, saltar, etc.)?
Que estoy enojado o perturbado (por ejemplo: lloro, grito, etc.)?
Que quiero algo (por ejemplo: me estiro, lo pido, etc.)?
Que no quiero algo (por ejemplo: lo alejo de mí, digo NO, etc.)?
Que me gusta algo (por ejemplo: sonrió, hablo, río, etc.)?
Que no me gusta algo (por ejemplo: lloro, lo tiro, hablo, etc.)?
Que me ayuda cuando estoy triste? enojado? con miedo?
Que me perturba/hace enojar?
Que me excita/hace feliz?

MIS PREFERENCIAS:

5. Mi maestra quiere saber sobre mis juguetes/actividades:

Mi Favorito

Mi Menos Favorito

7. Mi maestra quiere saber sobre la gente en mi vida con los que:
Me porto bien

Tengo problemas de comportamiento

6. Mi maestra quiere saber sobre mis comidas:

Mi Favorita

Mi Menos Favorita

8. Mi maestra quiere saber sobre las actividades que me gustan:

bloques/legos

vestirme

simular cocinar

la computadora

colorear

pintar

mesa de arena

mesa de agua

libros

cortar

pegar con
pegamento

plastilina

muñecos de bebes

carritos/trenes

jugar afuera

figuras de acción

cocinar

juguetes para
montar

Otra:

OCEAN VIEW SCHOOL DISTRICT

EARLY LEARNING PROGRAMS

Main Office: 17200 Pinehurst Lane, Building C

Huntington Beach, CA 92647

Phone: 714-843-6938

Formulario de No Divulgacion de Fotografia/Video

Complete y devuelva este formulario. Marque el circulo **SOLO SI NO LE PERMITE** que su estudiante aparezca en imágenes publicitarias de la escuela, anuarios o videos, incluyendo publicaciones en los sitios web y redes sociales de la escuela o el distrito.

Muchas actividades y logros tienen lugar en nuestras escuelas, que el Distrito Escolar de Ocean View considera positivas, de interés periodístico y de interés para la comunidad. Los representantes del distrito y los socios del programa utilizarán, de vez en cuando, fotografías o videos con el fin de resaltar los logros de los estudiantes o hacer un cronograma de las actividades en el salón / escuela. Esas imágenes pueden ser utilizadas en boletines informativos, folletos escolares, fotos de clase, anuarios y otro material impreso publicado por el Distrito Escolar de Ocean View y aquellos que actúan bajo su permiso. Es posible que esas imágenes se usen en los sitios web de la escuela y / o del distrito y se envíen a los medios de comunicación para su posible publicación.

Si, por algún motivo, **no desea** que la imagen de su hijo sea utilizada por el Distrito Escolar de Ocean View o por los medios de comunicación con el fin de dar publicidad positiva sobre las actividades escolares o el rendimiento de los estudiantes, marque el circulo abajo y regrese a la oficina de su escuela. Se requiere un formulario por separado para cada niño.

Este formulario solo se aplica al año escolar actual y a las actividades del salón o eventos escolares que aún no están abiertos al público.

NO deseo que mi hijo sea fotografiado / grabado en video para los medios de comunicación o para propósitos de publicidad escolar.

Nombre del Estudiante: _____ Escuela: _____

Nombre de Padre/Tutor: _____

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Favor de regresar la forma completa a la oficina de la escuela

MEDIA RELEASE FORM SP rev. 2025

COLLEGE VIEW PRESCHOOL

OAK VIEW PRESCHOOL

WESTMONT PRESCHOOL

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)

Oak View Preschool . 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) (REQUIRED FOR CHILD CARE ONLY)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
HIB MENINGITIS (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.

PPD-MANTOUX TB SKIN TEST			
DATE GIVEN	DATE READ	MM INDUR	RESULTS

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



Ocean View School District

Early Learning Preschool Programs

Oak View Preschool

College View Preschool

Westmont Preschool



ovsdpreschools



714-843-6938



www

ovsd.org/programs/preschool-programs

Formulario de Permiso para Padres de Preescolar 2025-2026

Asambleas Mensuales en el Campus y Eventos Patrocinados por la Escuela

Estimado Padre/Tutor,

Estamos emocionados de ofrecer a nuestros estudiantes de preescolar oportunidades mensuales para participar en actividades enriquecedoras, incluyendo asambleas en el campus y otros eventos patrocinados por la escuela. Estas actividades están diseñadas para apoyar el aprendizaje y el desarrollo social de su hijo. Para garantizar el cumplimiento de las regulaciones de licencias y la seguridad de su hijo, solicitamos su permiso para su participación.

Detalles del Evento:

- **Frecuencia:** Mensual
- **Actividades:** Asambleas en el campus y otros eventos patrocinados por la escuela
- **Ubicaciones:**
 - **En el campus:** Asambleas y eventos realizados en el sitio escolar asignado a su hijo
- **Supervisión:** Todas las actividades serán supervisadas por personal calificado, cumpliendo con las proporciones de personal a niño requeridas por el estado

Acuerdo del Padre/Tutor

Al firmar a continuación, indico mi acuerdo con lo siguiente:

- Doy permiso para que mi hijo participe en asambleas y actividades en el campus como parte de los eventos patrocinados por la escuela en el sitio escolar asignado a mi hijo.
- Entiendo que estas actividades están planeadas con la seguridad y el bienestar de mi hijo en mente, y se tomarán todas las precauciones razonables para garantizar su seguridad.
- Recibiré notificación de cada evento específico con anticipación y tendré la oportunidad de declinar la participación en cualquier evento específico.
- Acepto liberar y eximir de responsabilidad a College View, Oak View y Westmont, así como a sus empleados y agentes, de cualquier reclamo o responsabilidad que surja de la participación de mi hijo en estas actividades, siempre que se ejerza un cuidado razonable.

Información de Contacto del Padre/Tutor: Nombre: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

- Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Información del Niño

- Nombre: _____ Maestro/a: _____

Si tiene alguna pregunta o necesita información adicional, por favor contáctenos a preschools@ovsd.org.

OCEAN VIEW SCHOOL DISTRICT

EMAIL ADDRESS CONFIRMATION FORM

EARLY LEARNING PROGRAMS

Main Office: 17200 Pinehurst Lane, Building C

Huntington Beach, CA 92647

Phone: 714-843-6938

Dear Parents/Guardians:

Please provide an email address to help us to contact you with any information regarding school policies, events, procedures, or any other pertinent information regarding your child’s school. Emails are in addition to or in conjunction with other district communication.

With my signature below, I confirm my email address is correct below:

Parent/Guardian

Signature: _____ **Date:** _____

Child’s Name: _____

Email 1: _____

Email 2: _____

I consent to receive emails from the Early Learning Office regarding the preschool program: **No** **Yes**

Estimados padres/tutores:

Por favor, proporcione una dirección de correo electrónico para ayudarnos a comunicarnos con usted con cualquier información sobre las políticas escolares, eventos, procedimientos, o cualquier otra información pertinente con respecto a la escuela de su hijo. Los correos electrónicos son adicionales o en conjunto con otros modos de comunicación del distrito.

Con mi firma abajo, confirmo que mi dirección de correo electrónico es correcta abajo:

Firma: _____ **Fecha:** _____

Nombre del Niño/a: _____

Correos Electrónico:

1: _____

2: _____

Doy mi consentimiento para recibir correos electrónicos sobre el programa preescolar **No** **Si**

COLLEGE VIEW PRESCHOOL

OAK VIEW PRESCHOOL

WESTMONT PRESCHOOL