Hora/fecha de la cita

GUSD ofrece un programa preescolar estatal gratuito, de lunes a viernes, 3 horas al día. Las familias deben calificar según sus ingresos (ver tabla más abajo). La inscripción **no es por orden de llegada**. La prioridad para la inscripción de estudiantes elegibles se basa en las regulaciones del Departamento de Educación de California (debe ser un residente de Gilroy):

- La primera prioridad para los servicios se dará a los niños de tres o cuatro años que reciben servicios de protección infantil o que corren el riesgo de ser descuidados, abusados o explotados y para quienes hay una referencia por escrito de una agencia legal, médica o de servicios sociales.

Puede encontrar la lista completa de prioridad para la inscripción en

https://www.cde.ca.gov/sp/cd/ci/mb2301.asp

Ubicaciones Preescolares
Rod Kelley
(8755 Kern Avenue)

Antonio del Buono
(245 Farrell Avenue)

Glenview -
(475 W 9th Street)
Nuevo- Programa de Doble Inmersión

La inscripcion para todos los preescolares se realiza en Farrell Ave por CITA SOLAMENTE

Office Use

Child's Age _____ Fam Size _____ Rank _____

3/1/26

GUSD STATE PRESCHOOL PROGRAM
2026-2027

245 Farrell Avenue Room E1, Gilroy CA 95020
(669) 205-7960

Toda la documentación es requerida al momento de la cita.
No se aceptarán solicitudes incompletas.

- ☐ **Comprobante de ingresos para todos los individuaos contados en el tamaño de la familia:** Talones de cheques cual representan los **últimos 60 días de su cita.** Asegúrese que los talones de cheques **sean recientes y que las fechas sean consecutivas.**
  - ◊ Paga semanal – 8 talones
  - ◊ Pago quincenal – 4 talones
  - ◊ Pago 2 veces al mes – 4 talones
  - ◊ Pago mensual – 2 talón
- ☐ Comprobante de cualquier otro ingreso (ayuda monetaria, mantención de niños, desempleo, TANF, discapacidad, etc.) para los **últimos 60 días**
- ☐ Familias con **ingreso variable** (trabajo de horas extras, migrante, agrícolas, o trabajo temporal) deberán presentar comprobante de ingresos de los últimos **12 meses consecutivos. NO** se aceptaran talones que falten entre fechas. Resumen de nómina para los últimos 12 meses son aceptables.
- ☐ Padres que **trabajan por su cuenta** deben proporcionar una combinación de la documentación necesaria para establecer la elegibilidad de ingresos actual de cualquier mes del período de dos meses inmediatamente anterior a la certificación inicial. La documentación consistirá en tantos de los siguientes tipos de documentación como sean necesarios para determinar los ingresos: Una carta redactada independientemente de la fuente de los ingresos; Una copia de las declaraciones de impuestos firmadas y completadas más recientemente con una declaración de ingresos estimados actuales para fines tributarios; u otros registros comerciales, como libros de contabilidad, recibos o registros comerciales.
- ☐ Examen físico (hecho en Agosto 2025 o después) **Puede estar pendiente para el día de la inscripción pero debe ser entregada por más tardar el 8 de Agosto**
- ☐ Cartilla de Vacunas- **Niños no serán admitidos sin vacunas requeridas o evaluación del TB**
  Polio – 3 dosis
  DTP – 4 dosis
  Hep B – 3 dosis
  MMR – 1 dosis al cumplir 1 año o después
  Hib: se debe administrar una dosis al cumplir 1 año o después, independientemente de las dosis anteriores.
- ☐ Evaluación de riesgo de TB completa o prueba de TB si es necesario
- ☐ Actas de nacimiento de **todos sus niños menores de 18 años cuales viven con usted**
- ☐ Comprobante de domicilio; contrato de renta, cobros de utilidades
- ☐ Paquete de inscripción

Si aplica

- ☐ Programa de educacion personalizada (IEP)
- ☐ Los registros de las colocaciones en hogares de crianza, tutela Legal

Para programar una cita o para más información:
Lupe Vela
(669) 205-7960
email: lupe.vela@gilroyunified.org

Si usted no califica para nuestro programa, puede comunicarse con **Santa Clara County Childcare Resource & Referral Program:** Phone: 669-212-KIDS (5437), website https://www.childcarescc.org/child-care-application, Email: childcarescc@sccoe.org El programa Childcare Resource & Referral (R&R) proporciona a cada familia la información que necesitan para acceder a un cuidado y educación temprana de alta calidad que satisfaga sus preferencias específicas.

Guia de Ingreso del Programa Preescolar Estatal effectivo 7/1/25

Tamaño de familia	1-2	3	4	5	6	7	8
Maximo Ingreso Bruto Mensual	$8,071	$9,159	$10,612	$12,309	$14,007	$14,326	$14,644

GUSD Preschool Program

(ae) "Familia" se refiere a los padres y a los hijos a cargo de estos que conforman el donde vive el niño que recibe los servicios. Para efectos de elegibilidad por ingresos y determinación del pago de la cuota familiar, cuando un niño y sus hermanos viven en una familia que no incluye a su padre biológico o adoptivo, se considerará "familia" al niño y sus hermanos.

GUSD Preschool Program

Office Use:

Student ID

GILROY UNIFIED SCHOOL DISTRICT
2026-2027 PRESCHOOL STUDENT REGISTRATION

Nombre del Estudiante: Apellido Primer Nombre Inicial	Fecha de Nacimiento: Lugar de nacimiento, Estado, País	Masculino ☐ Femenino ☐ Otro ☐
Domicilio de Correspondencia Ciudad Código Postal	CONDICION MEDICA: SI ☐ NO ☐	
Domicilio de Vivienda Ciudad Código Postal	Enumere su salud, condiciones médicas, alergias, etc.: (Adjunte cualquier información adicional si es necesario) _____	
Mejor número para llamarle:		

¿Alguna vez ha recibido este estudiante alguno de los siguientes servicios en este u otro Distrito Escolar? Gate Si ☐ No ☐ 504 Si ☐ No ☐ Educación Especial * Si ☐ No ☐ *(Si es si, identifique el servicio) Recursos, Habla, Clase de día Especial	¿Hay alguna inquietud o problema que debamos tener en cuenta? _____ _____ Sabe usar el baño: ☐ Si ☐ No ☐ En progreso
Información de Emergencia (si los padres no se encuentran): Nombre Domicilio Teléfono	Mes/Año cuando se mudó a este domicilio

¿Ha asistido este estudiante a escuelas del Distrito Escolar de Unificado de Gilroy anteriormente? Si ☐ No ☐ Escuela:_____ Grade: _____ Año: _____	Hermanos viviendo en la misma dirección asistiendo al Distrito Escolar de Gilroy Nombre Escuela/Grado _____ _____ _____

Escuela(s) Previa(s) (Marque el Prescolar si aplica)

Grado Asistidos	Fecha de Inscripción	Fecha de Salida	Escuela	Publica Si	Publica No	Estado	Ciudad	Condado

Marque al que corresponda ☐Madre ☐Padre ☐Padrastro/Madrastra ☐Famila Temporal -Foster ☐Apoderado Legal ☐Otro (Especifique)_____ Divorciado/Separado ☐ Si ☐ No Custodia Compartida? ☐ Si ☐ No ¿Existen órdenes de restricción? ☐Si ☐No	Nombre de Guardian:_____ _____ Domicilio si es diferente al estudiante Celular:_____ Teléfono del Trabajo:_____ Correo Electrónico: _____ ¿Está este p/madre en el hogar? ☐ Si ☐ No Nivel de Educación, Año Universitario o Titulo Obtenido: ☐No graduado de la preparatoria ☐Graduado Universidad ☐Graduado de la preparatoria ☐Aldo de Universidad ☐ Escuela de Graduados
Marque al que corresponda ☐Madre ☐Padre ☐Padrastro/Madrastra ☐Famila Temporal -Foster ☐Apoderado Legal ☐Otro (Especifique)_____ Divorciado/Separado ☐ Si ☐ No Custodia Compartida? ☐ Si ☐ No ¿Existen órdenes de restricción? ☐Si ☐No	Nombre de Guardian:_____ _____ Domicilio si es diferente al estudiante Celular:_____ Teléfono del Trabajo:_____ Correo Electrónico: _____ ¿Está este p/madre en el hogar? ☐ Si ☐ No Nivel de Educación, Año Universitario o Titulo Obtenido: ☐No graduado de la preparatoria ☐Graduado Universidad ☐Graduado de la preparatoria ☐Algo de Universidad ☐ Escuela de Graduados

CENTRO PREFERIDO

Programa de 3 horas. Horarios varean por centro. ☐ AM ☐ PM Centro Prescolar/maestra preferido: _____ ☐ Rod Kelley ☐ Glen View ☐ Antonio Del Buono ☐ Glen View Doble Inmersion	**ENTIENDO QUE MI PETICIÓN SE TOMA EN CUENTA PERO NO ES GARANTIZADO**_____ iniciales

DECLARO BAJO JURAMENTO Y ANTE LAS LEYES DEL ESTADO DE CALIFORNIA QUE TODO LO ANTERIOR ES VERDADERO Y LO RESPALDO CON DOCUMENTACIÓN LEGAL.

Firma del Padre/Guardian _____ Fecha _____

California Department of Education
July 2025

Nombre del Estudiante: _____

Fecha: _____

Boletín Administrativo 25-07

Adjunto B

Entrevista sobre el idioma de la familia e intereses

Instrumento del idioma de la familia

1) ¿Qué idioma(s) escucha su hijo/a o está expuesto en su casa?

Esto incluye el/los idioma(s) que hablan o señalizan los padres, abuelos, hermanos, familiares u otras personas que viven dentro de la casa o la visitan, incluidos todos los lenguajes de señas que se usan. También incluye los idiomas que se oyen utilizando otros dispositivos de escucha asistida para la comunicación aumentada.

2) ¿Qué idioma(s) escucha su hijo/a o está expuesto en su vecindario y comunidad?

Por ejemplo, con amigos y vecinos, en la iglesia, o en sus programas o actividades extracurriculares. Esto es para demostrar la exposición al idioma, no para medir la competencia de su nivel del idioma.

3) ¿Qué idiomas responde y/o comprende su hijo/a?

El lenguaje receptivo incluye la comprensión a través de lenguaje de señas u otros métodos de comunicación no verbal. Los niños que son sordos, que tienen dificultad para escuchar o que son no verbales pueden usar lenguaje de señas, gestos o sistemas de comunicación alternativos. Los niños pueden demostrar comprender lo que les comunican de maneras no verbales, por ejemplo, con respuestas físicas, expresiones faciales y/o gestos. Por ejemplo, al pedirle que se ponga sus zapatos, si el niño lo hace, demuestra comprender el lenguaje.

4) ¿Qué idiomas habla y/o usa su hijo/a para comunicarse?

Los niños pueden demostrar comunicación de varias maneras. Esto incluye todos los lenguajes de señas, así como a través de palabras, repetir, usar tableros de comunicación u otros dispositivos de comunicación aumentada.

Nombre del Estudiante Fecha

Apéndice B
Entrevista de lenguaje e interés familiar

Propósito y formular

El propósito de esta entrevista es para apoyar la construcción de relaciones con las familias que tienen hijos identificados como niños que aprenden en dos idiomas (aprendiz de idioma dual- DLL) y conocer más sobre las experiencias de estos niños con el idioma. Cuando los adultos comprenden las experiencias pasadas con los idiomas, son capaces de fortalecer esas experiencias y apoyar el desarrollo de los niños de una mejor manera.

Preguntas de la entrevista del lenguaje e interés familiar

1. ¿Cuáles son los intereses y las actividades favoritas de su hijo/a? (Por ejemplo, ¿su hijo/a tiene cuentos, libros, canciones favoritas? ¿Su hijo/a disfruta construir con bloques, el juego sensorial, el fútbol, columpiarse y demás?)

2. ¿Cuáles son algunas fortalezas que usted ve en su hijo/a, sobre las que podamos construir? (Por ejemplo, ¿disfruta construir cosas, hacer arte y demás?)

3. ¿Cómo podemos ayudar a apoyar el desarrollo lingüístico de su hijo/a en su hogar? (Por ejemplo, a través de libros para leer en la casa, material de música y video, ideas de actividades)

4. ¿Qué es el idioma que más habla y/o usa su hijo/a para comunicarse en su casa? (Esto incluye todos los lenguajes de señas u otros métodos de comunicación utilizados)

5. Queremos apoyar el desarrollo lingüístico de su hijo/a de la mejor manera y comprender qué idiomas habla y/o usa para comunicarse con sus familiares. ¿Qué idiomas habla o usa su hijo/a para comunicarse con sus hermanos, abuelos y otros familiares? (Esto incluye todos los lenguajes de señas u otros métodos de comunicación utilizados)

6. ¿Que es el idioma que más habla y/o usa su hijo/a para comunicarse en general? Esto es tanto dentro como fuera de la casa. (Esto incluye todos los lenguajes de señas u otros métodos de comunicación utilizados)

7. ¿En qué idioma preferirían recibir comunicaciones por escrito de nuestra parte? (Aunque nos gustaría responder a todos los pedidos de comunicación por escrito en el idioma solicitado por los padres, quizás nuestro programa no pueda traducir los materiales de comunicación por escrito a ese idioma).

8. ¿En qué idioma preferirían que nos comunicáramos verbalmente con ustedes? (Aunque nos gustaría responder a todos los pedidos de comunicación verbal en el idioma solicitado por los padres, quizás nuestro programa no pueda ofrecer traducciones en ese idioma).

Preguntas e inquietudes de las familias:

Recursos para compartir con respecto a los beneficios del multilingüismo y el desarrollo de la lengua materna:

- https://www.multilinguallearningtoolkit.org/wp-content/uploads/2021/08/Support-Billingualism-Spanish-1.pdf
- https://cmascanada.ca/2018/05/15/keeping-your-home-language/
- https://ncela.ed.gov/files/announcements/20200805-NCELAInfographic-508.pdfhttps://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/culture-language/article/importance-home-language-series
- https://www.pollstrategies.org/for-families/, https://qualitystartla.org/resources/
- https://qualitystartla.org/two-languages-twice-the-opportunities-dual-language-learning-campaign/
- https://qualitystartla.org/resources/resources-for-families/

GUSD Preschool Program

Evaluación de las necesidades de la familia

El preescolar quisiera ayudar a satisfacer las necesidades de los niños y las familias a las que servimos. Por favor ayúdenos completando la siguiente encuesta.

Nombre del estudiante _____ Nombre del P/Madre _____

¿Llama a su hijo/a por algún otro nombre que no sea su nombre legal? Si es así, ¿cuál es el nombre?:

_____

¿Qué idioma se habla en casa? ☐ Ingles ☐ Español ☐ Otro:_____

¿Tiene alguna preocupación acerca de su hijo en cualquiera de las siguientes áreas? Si la respuesta es sí, explique a continuación.

SI	NO		SI	NO	
		Audición			Aprendizaje/Desarrollo Cognitivo
		Visión			Desarrollo Social
		Habla y Lenguaje			Desarrollo físico
		Comportamiento/Desarrollo Emocional			Otro

Preocupaciones: _____

_____

Si su hijo tiene una necesidad especial diagnosticada, ¿está documentada?☐ IEP ☐ FSP ☐ 504 Plan Otro_____

¿Desea información o referencias para cualquiera de los siguientes?

SI	NO		SI	NO	
		Asistencia alimentaria			Servicios Legales
		Alojamiento			Consejería Familiar
		Nutrición			Educación o información para padres
		Salud/Vacunas			Cuidado dental
		Otro:			Otro:

¿Hay algún tema específico que le gustaría que se discutiera en una reunión de padres? Si es así, ¿Cuál?

_____

Firma de P/Madre _____ Fecha_____

FOR OFFICE USE ONLY			
		Date	
	Spoke to Parent		re:
	Gave Parent info		re:
	ASQ-SE given		returned on:
	Made referral on		to:
	Follow-up:		

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

Community Care Licensing

DIRECCIÓN

2580 N First Street Suite 300

CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	AREA/NÚMERO DE TELÉFONO
San Jose	95131	(408) 324-2148

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)	(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO)
GUSD Preschool Program	245 Farrell Ave, 475 W 9th St, 8755 Kern Ave

(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)

Condado de Santa Clara
Autorización piloto para contactar al empleador (01/07/18)

Este formulario es para ser utilizado SOLAMENTE por los servicios ofrecidos por los programas de día parcial CSPP (por su sigla en inglés).

Autorización para contactar al empleador

El Título 5 §18084 ((1) (A)) requiere que los padres/tutores que estén empleados proporcionen una autorización que autorice a la agencia a comunicarse con el (los) empleador (es), hasta donde sepa, que incluya la siguiente información:

Yo, _____ autorizo a
(nombre del padre / tutor en letra imprenta)

Gilroy Unified School District – Preschool Program ,
(nombre de la agencia/contratista)

a contactar a mi empleador, si es necesario, para verificar los ingresos con el fin de aprobar los servicios preescolares.

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Teléfono del empleador: _____

Horario habitual de comercio/oficina: _____

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

☐ iniciales Siento que mi empleo estará en riesgo si contacta a mi empleador.

Condado de Santa Clara
Autorización piloto para contactar al empleador (01/07/18)

Este formulario es para ser utilizado SOLAMENTE por los servicios ofrecidos por los programas de día parcial CSPP (por su sigla en inglés).

Autorización para contactar al empleador

El Título 5 §18084 ((1) (A)) requiere que los padres/tutores que estén empleados proporcionen una autorización que autorice a la agencia a comunicarse con el (los) empleador (es), hasta donde sepa, que incluya la siguiente información:

Yo, _____ autorizo a
(nombre del padre / tutor en letra imprenta)

Gilroy Unified School District – Preschool Program ,
(nombre de la agencia/contratista)

a contactar a mi empleador, si es necesario, para verificar los ingresos con el fin de aprobar los servicios preescolares.

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Teléfono del empleador: _____

Horario habitual de comercio/oficina: _____

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

☐ iniciales Siento que mi empleo estará en riesgo si contacta a mi empleador.

GILROY UNIFIED SCHOOL DISTRICT

7810 Arroyo Circle, Gilroy, California 95020
Tel. 669-205-4000
www.gilroyunified.org

2026-2027
Mobility Form

CONFIDENCIAL

Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento:_____

¿Cuál es el grupo étnico de su niño/a? (***Marque Uno***)

- ☐ Hispano o Latino (Cuba, Mexica, Puerto Rico, América Central o América del Sur, u otro grupo u origen de alguna cultura hispana)
- ☐ No Hispano o Latino

¿De qué raza es su niño/a? (Puede marcar hasta cinco categorías)

La pregunta de la parte de arriba es sobre su grupo étnico, no la raza. No importa lo que haya marcado arriba, por favor continúe contestando lo siguiente marcando uno o más cuadritos, según considere cuál es su raza.

☐ Indio Americano o Nativo de Alaska (100) (personad de origen de cualquiera de las razas originarias de América del Norte, central o del Sur)
☐Chino (201)
☐Japonés (202)
☐Coreano (203)
☐Vietnamés (204)
☐ Indio Asiático (205)
☐Laosiano (206)
☐Camboyano (207)
☐Hmong (208)
☐Otro grupo Asiático (299)
☐Hawaiano (301)
☐Guameño (302)
☐Samoano (303)
☐Tahitiano (304)
☐De alguna isla del Pacifico (399)
☐Filipino (400)
☐Afro- Americano/Negro (600)
☐Anglo (700) (personas de origen europeo, del Norte de África o del Medio Oriente

MOBILIDAD *(Requerido/Obligatorio)*
1. Indique el grado en el cual está inscrito/a su niño/a. P K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
2. Indique el grado en el que su niño entro cuando ingreso/asistió por primera vez a este distrito P K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
3. ¿Cuándo asistió/va a asistir por primera vez su niño a la escuela en los Estados Unidos?Mes _____Año _____

CONFIRMACIÓN DE LECTURA Y CONSENTIMIENTO

Yo, _____, como el padre o madre, tutor o persona legalmente
Nombre(s)

autorizada representante de _____
Nombre/s del menor

he sido informado/a y comprendo que FIRST 5 Santa Clara County puede compartir información confidencial sobre mi familia con otras personas o agencias que trabajan con FIRST 5 para planear y proveer servicios a mi familia.

Las agencias que participan trabajando con FIRST 5 para planear y proveer servicios pueden incluir, pero no se limitan a: proveedores de servicios médicos, el Departamento de salud mental, el Departamento de salud pública, la Agencia de servicios sociales, programas de preescolar y Head Start, el Centro regional, proveedores de educación temprana y otros proveedores de servicios a la infancia temprana.

Cada agencia divulgará o intercambiará información confidencial o registros a otras agencias participantes únicamente cuando la información pueda ser relevante para los servicios a proveer o para propósitos de evaluación como se explica más abajo.

Se requiere un formulario de autorización por separado para la divulgación de información médica por parte de un proveedor de atención médica. Entiendo que se me puede solicitar firmar otros formularios para la divulgación de información médica.

Entiendo que se requiere a FIRST 5 que realice evaluaciones de los servicios que proporciona a mi familia. Esto requiere la recolección y análisis de información y datos que pudieran incluir información confidencial sobre mi familia. Entiendo que esta información ayudará a mejorar los servicios para familias como la mía y que no se incluirá información confidencial en ningún informe público.

FIRST 5 requiere mi permiso para recolectar y analizar información confidencial con propósitos de evaluación. Esta información se puede compartir con los evaluadores y colaboradores de FIRST 5 y con los proveedores de servicios de infancia temprana. Cada agencia entiende que debe mantener la confidencialidad de esa información y puede divulgarla únicamente en conformidad con la ley o con una autorización a través de un consentimiento por escrito. Hay riesgos mínimos para mi familia derivados de la divulgación de esta información.

Doy mi permiso a FIRST 5 y a sus evaluadores y colaboradores para recolectar y analizar la información personal de mi familia para propósitos de evaluación del programa.

Entiendo que aunque elija no firmar esta Confirmación de lectura y Consentimiento, mi familia recibirá los servicios y para ese propósito mi nombre y dirección serán ingresados en la base de datos de FIRST 5 y estarán disponibles para el administrador de la base de datos.

También entiendo que puedo cancelar este consentimiento en cualquier momento, mandando una solicitud por escrito a Research and Evaluation Department, FIRST 5 Santa Clara County, 4000 Moorpark Avenue, Suite 200, San Jose, CA 95117. La cancelación de mi permiso no afectará ninguna información que ya haya sido recolectada.

Este consentimiento estará vigente por 10 años.

CONFIRMACIÓN DE LECTURA Y CONSENTIMIENTO
(continuación)

He leído este formulario, o se me ha explicado en su totalidad, y comprendo las disposiciones.

Padre/s, Tutor o Representante legal:

Nombre en letra de molde	Nombre en letra de molde
Firma	Firma
Relación con el menor(es)	Relación con el menor(es)

Nombre(s) del(los) menor(es)

Fecha

GUSD Preschool Program
Nombre de la agencia que obtiene la firma del padre y conserva el formulario original

Lupe Vela
Nombre de la persona que obtiene la firma del padre

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

COMO PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO, POR ESTE MEDIO, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE

GUSD- Preschool
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO
OBTENGA TODO EL TRATAMIENTO MÉDICO O DENTAL DE EMERGENCIA QUE

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

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

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 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*	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
☐ Varicela		☐ Diabetes		☐ Poliomielitis	
☐ Asma		☐ Epilepsia		☐ Sarampión de diez días *(Rubeola)*	
☐ Fiebre reumática		☐ Tos ferina		☐ Sarampión de tres días *(Rubella)*	
☐ Fiebre del heno		☐ 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?)		¿CUÁLES SON LAS HORAS USUALES DE ESTAS COMIDAS?
	DESAYUNO	DESAYUNO
	ALMUERZO	ALMUERZO
	CENA	CENA

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

¿SABE EL NIÑO COMO IR AL BAÑO?* ☐ SÍ ☐ NO	SI CONTESTA "SÍ", ¿EN QUE ETAPA DE APRENDIZAJE ESTA?*	¿TIENE EVACUACIONES INTESTINALES REGULARES?* ☐ SÍ ☐ NO	¿CUÁL ES LA HORA USUAL?*
¿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? ☐ SÍ ☐ NO	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE EL NOMBRE DEL DOCTOR:	¿ESTÁ TOMANDO EL NIÑO MEDICAMENTOS RECETADOS? ☐ SÍ ☐ NO	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE Y EFECTOS SECUNDARIOS:
¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL? ☐ SÍ ☐ NO	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE:	¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL EN SU CASA? ☐ SÍ ☐ NO	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE:

EVALUCIÓN 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 NINOS

FIRMA DEL PADRE/MADRE	FECHA

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
COMMUNITY CARE LICENSING

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)

GUSD Preschool . This Child Care Center/School provides a program which extends from 3 : hrs
(NAME OF CHILD CARE CENTER/SCHOOL)

a.m./p.m. to _____ a.m./p.m., 5 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: _____ Date of Physical Exam: _____
Address: _____ Date This Form Completed: _____
Telephone: _____ Signature _____

☐ Physician ☐ Physician's Assistant ☐ Nurse Practitioner

SCC Public Health Department Tuberculosis (TB) Risk Assessment for School Entry

Child's Name: _____ Date of Birth: _____ Sex: _____
Last, First Month/Day/Year

Address: _____ Phone: _____ School /Grade: _____
Street, City, Zip Code

This form must be completed by a licensed health professional in the U.S. Re-testing should only be done in persons who previously tested negative and have new risk factors since the last assessment

1. Was your child born in, resided, or traveled (for more than one month) to a country with an elevated rate of TB? Most countries other than the U.S., Canada, Australia, New Zealand, or a country in western or northern Europe. This does not include tourist travel for <1 month (i.e., travel that does not involve visiting family or friends, or involve significant contact with the local population).
2. Has your child been in close contact to anyone with TB disease in their lifetime?
3. Is your child immunosuppressed; current, or planned? (e.g., due to HIV infection, organ transplant, treatment with TNF-alpha antagonist or high-dose systemic steroids (e.g., prednisone ≥ 15mg/day for ≥ 2 weeks).

Does your child have any of the above risk factors? ☐ Yes ☐ No

If YES, to any of the above questions (new TB risk factor since last screening), the child has an increased risk of TB and should have a TB blood test or a tuberculin skin test (TST) unless there is a documented prior positive IGRA or TST. All children with a positive IGRA/TST result must have a medical evaluation, including a chest x-ray (CXR) (posterior-anterior and lateral for children <5 years old). If there are no symptoms or signs of TB disease and the CXR is normal, the child should be treated for (LTBI) to prevent progression to TB disease. If a child has documentation of previous treatment for LTBI or TB disease and has no symptoms, they should not undergo skin or blood testing and do not need a new chest X-ray.

If child's X-ray is not normal and there are symptoms that suggest TB, call SCC TB Program (408)792-1381

Enter test results for all children with a positive risk assessment:

Date of IGRA: _____ Results: ☐ Negative ☐ Positive ☐ Indeterminate

Tuberculin Skin Test (TST/Mantoux/PPD)
Date placed: _____ Date Read: _____
Induration: _____ mm
Results: ☐ Negative ☐ Positive

Chest X-ray Date: _____ Impression: ☐ Normal ☐ Abnormal

☐ LTBI Treatment Start Date: _____
- ☐ Rifampin daily - 4 months
- ☐ Isoniazid/Rifapentine - weekly X 12 weeks
- ☐ Isoniazid and Rifampin daily - 3 months
- ☐ Isoniazid daily - 9 months

☐ Prior TB/LTBI Treatment (Rx/duration):
_____
_____

☐ Treatment Medically Contraindicated
☐ Declines Against Medical Advise

Please check one of the boxes below and sign:

☐ Child has no TB symptoms, no risk factors for TB, and does not require a TB test
☐ Child has a risk factor, has been evaluated for TB and is free of active TB disease.
☐ Child has no new risk factors since last negative IGRA/TST and has no symptoms.
☐ Child has no TB symptoms. Appointment for RA/TB test/chest x-ray scheduled on:

_____ _____
Health Care Provider Signature, Title Date

Name/Title of Health Care Provider:
Facility/Address:
Phone Number: