



PROGRAMA PRESCOLAR ESTATAL

Estimados Padres de Familia,

Gracias por elegir a su hijo/a e nuestro programa preescolar de aprendizaje bilingüe de alta calidad. Estamos financiados por el Departamento de Educación del Estado de California y estamos regulados por el Título 5 y el Departamento de Comunidad del Cuidado Infantil nos da la licencia a través del Título 22 por lo tanto, nuestros servicios de 3 horas (7:50-10:50 or 12-3) se proporcionan solo a las familias que cumplan con los requisitos de ingresos. Les pedimos proveer los siguientes documentos (**originales**) indicadas para determinar su elegibilidad. La aplicación es un documento legal y se debe entregar completa en **TINTA AZUL (NO LAPIZ) Y FIRMADA**. Al firmar los documentos adjuntos, usted confirma bajo pena de perjurio, que el contenido de los documentos es verdadero y correcto.

Por favor tome nota:

- Si tienen preguntas, **llame al 310-680-3500** de 7:30 a.m. a 4:00 p.m.
- Cuando la aplicación esté **COMPLETA**, llame al 310-680-3500 y haga una cita para entregar los documentos. **No habrá excepciones.**
- **Sólo** padres o guardianes pueden presentar la aplicación. Por favor provea cualquier tipo de identificación.
- Si la aplicación está incompleta, se le devolverá y tendrá que hacer otra cita.

Documentos que se deben traer el día de su cita:

☐	1. INGRESOS MENSUALES DE LA FAMILIA Title 5, Section 18086 Para verificar su ingreso mensual proporcione uno de los siguientes documentos: • Si recibe cheque cada 2 semanas, debe traer los últimos 2 talones de cheques consecutivos. • Si recibe cheque cada semana, debe traer los últimos 4 talones de cheques consecutivos. • Si recibe asistencia pública (welfare), debe traer la carta verificando la cantidad que recibe: ♦ Cal Works ♦ TANF ♦ AFDC ♦ SSI ♦ Disability ♦ Worker's Comp ♦ Desempleo ♦ etc... • Si los padres trabajan por su propia cuenta presente una combinación de documentos: copia de impuestos trimestrales más reciente y firmados, registro de negocio, libro de contabilidad o recibos del negocios. • Si usted es Jornalero recoja un documento ANTES de su cita a la oficina que debe llenar los ingresos de un mes.
☐	2. VERIFICACIÓN DE DOMICILIO (2 PRUEBAS DENTRO DE 30 DIAS) LSD Board Policy #5111 & Title 22 • Los siguientes documentos son aceptables: Impuesto a la propiedad, recibos de pago, Contrato de servicios públicos, declaración, o recibos de pago. Talones de pago, Registración para votar. Correspondencia de una agencia de gobierno. Declaración de residencia ejecutada por el padre o tutor legal del alumno. • Se acepta contrato de alquiler, (Nombre, domicilio, fecha) NO se aceptan recibos de renta. • Si no vive en el Distrito Escolar de Lennox, complete una solicitud de permiso.
☐	3. TAMAÑO DE FAMILIA LSD Board Policy 48002 Title 22 Favor de traer uno de los siguientes documentos para cada niño en su hogar: • Acta de nacimiento • Documentos de adopción • Orden de custodia por la corte • Documento de Cuidado de Crianza (Foster) • Otra documentación indicando la relación del niño a los padres
☐	4. INFORME MÉDICO/FORMA A, FIRMA DEL DOCTOR, SELLADO Y CON FECHA Title 22 El físico debe incluir: • Exámenes de audición y visión • Atrasos en el desarrollo del niño o preocupaciones del habla • Documentación de preocupaciones que usted tenga. (Asma, alergias, convulsiones etc.) • Si su hijo tiene un IFSP o IEP proporcione una copia NOTA: Requerido para empezar y continuar
☐	5. REGISTRO DE INMUNIZACIÓN DEL NIÑO LSD Board Policy 5141.31 Title 22 Debe tener las siguientes vacunas: • 3 Polio • 4 DTP/DtaP/Dtp • 3 Hepatitis B • 1 Varicella • Prueba de TB • Prueba de Tuberculosis: Si el médico determina que el niño no está en riesgo, una prueba de TB no es necesaria, pero debe estar escrito en el informe médico. Debe tener estas vacunas después del primer año • 1 MMR • 1 Hib
☐	6. LOS ADULTOS PARTICIPANTES PROVEEN: • Prueba de TB (menos de un año) • MMR • DTAP • FLU
☐	7. PROPORCIONE CUALQUIER FORMA DE TARJETA DE IDENTIFICACIÓN.

Orientación de Padres cuando termine

Inscripcion Pre-K



! Donde niños juegan, cantan, y aprenden!

¡La falta de cumplimiento de estos requisitos podrán retrasar la inscripción de si hijo!

TECHO DE INGRESOS PARA CALIFICAR A LA ESCUELA PREESCOLAR

Con el fin de calificar para los servicios del Programa Preescolar Estatal, las familias deben estar en o por debajo del 85% de los ingresos medios del Estado (SMI) para inscribir a un programa contratado por el Estado. La table a continuación delinea los límites máximos de ingresos mensuales y anuales por el tamaño de la familia que se utiliza para determinar su elegibilidad para participar en el programa preescolar. Si sus ingresos exceden las pautas de la table y vive en los límites de una de las escuelas de Lennox y su hijo/a tiene 4 años de edad, llame y haga una cita de inscripción.

Tabla de Clasificación de ingresos y límites máximos de ingresos medios estatales (SMI) para el año fiscal 2024-2025				
CALIFICA			15% (Califica)	
Tamaño de Familia	Mensual	Anual	Mensual	Anual
1 to 2	\$7,209	\$86,514	\$8,291	\$99,492
3	\$8,154	\$97,843	\$9,377	\$112,524
4	\$9,441	\$113,292	\$10,857	\$130,284
5	\$10,952	\$131,419	\$12,594	\$151,128
6	\$12,462	\$149,546	\$14,331	\$171,972
7	\$12,745	\$152,944	\$14,657	\$175,884
8	\$13,029	\$156,343	\$14,983	\$179,796
9	\$13,312	\$159,742	\$15,309	\$183,708
10	\$13,595	\$163,141	\$15,634	\$187,608
11	\$13,878	\$166,539	\$15,960	\$191,520
12	\$14,162	\$169,938	\$16,286	\$195,432

Rev August, 2023

Si no califica según sus ingresos y vive dentro de los límites del Programa Preescolar Estatal del Distrito Escolar de Lennox, ¡todavía puede asistir a nuestro programa! Entrega tu solicitud e ingresos.

Fechas de inscripción para los niños de 0-5 años...

Si su hijo cumple 3, 4 o 5 años, en que programa califica su hijo ...?

Fecha de nacimiento _____

Programa _____

Septiembre 2, 2019 – Diciembre 1, 2021

Preescolar

Nota: Puede insrcibir a su hijo una vez que cumpla 3 años.

INFORMACIÓN De EMERGENCIA E IDENTIFICACION **GUARDERÍAS INFANTILES/HOGARES de CUIDAD DE NIÑOS** **A completarse por el padre/madre o el representante autorizado**



Información del niño:			
Nombre Segundo Nombre y Apellido	Género ☐ Femenino ☐ Masculino	Fecha de Nacimiento	Idioma de casa
Ciudad de nacimiento	Estado	País	Hispano: marque uno ☐ SI ☐ NO
Dirección	Ciudad	Estado	Correo Electrónico
Zona Postal			Numero de teléfono ()
Información del padre ☐ Biológico ☐ Padrastro ☐ Tutor ☐ Foster			
Nombre, Segundo Nombre y Apellido	Fecha de nacimiento		Numero de celular
Work Place	Work Address		Numero de trabajo
Información de la madre ☐ Biológica ☐ Madrastra ☐ Tutor ☐ Foster			
Nombre, Segundo Nombre y Apellido	Fecha de nacimiento		Numero de teléfono
Work Place	Work Address		Numero de trabajo
Información de la educación de padres			
Nivel de Educación de la Madre (Marque uno) ☐ Rechazar declarar ☐ No graduada de la Preparatoria ☐ Graduada de la Preparatoria ☐ Un poco de Colegio ☐ Graduada de la Universidad		Nivel de Educación de la Padre (Marque uno) ☐ Rechazar declarar ☐ No graduada de la Preparatoria ☐ Graduada de la Preparatoria ☐ Un poco de Colegio ☐ Graduada de la Universidad	
PERSONAS ADICIONALES QUE SE PUEDAN LLAMAR EN UNA EMERGENCIA (NO ANOTE A LOS PADRES) (*Debe proveer por lo mínimo 3 contactos de emergencia (no contando a los padres) con dirección y teléfono) NOMBRE DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA LLEVARSE AL NIÑO DE LA ESCUELA (Personas deben ser mayores de 18 años y presentar tarjeta de Identificación con fotografía) (No se le permitirá al niño salir con ninguna persona sin autorización en esta forma del padre/madre o representante autorizado)			
Nombre como esta escrito en la identificación	Dirección	Teléfono	Parentesco con el niño
*			
*			
*			
MÉDICO O DENTISTA QUE SE DEBE LLAMAR EN UNA EMERGENCIA (Complete esta sección y no deje nada en blanco)			
Médico y domicilio	Nombre y número del seguro medico	Teléfono	
Dentista y domicilio	Nombre y número del seguro medico	Teléfono	
Si no se puede hablar con el medico, que acción se debe de tomar? ☐ Llamar al hospital de emergencia ☐ Otra-Explicación:			
Firma del Padre o guardian			For Office Only
			Publicity Release
Fecha			☐ Yes ☐ No
TO BE COMPLETED BY AUTHORIZED REPRESENTATIVE			
DATE OF ADMISSION:		DATE LEFT:	

**HISTORIAL DE LA SALUD DEL NIÑO ANTES DE LA ADMISIÓN—REPORTE PADRE/MADRE**

NOMBRE DEL NIÑO		GÉNERO ☐ M ☐ F		FECHA DE NACIMIENTO	
NOMBRE DEL PADRE		¿VIVE EL PADRE EN EL HOGAR CON EL NIÑO? Si no, provee documentación. ☐ SI ☐ NO			
NOMBRE DE LA MADRE		¿VIVE LA MADRE EN EL HOGAR CON EL NIÑO? Si no, provee documentación. ☐ SI ☐ NO			
NOMBRE DEL GUARDIAN		¿ESTÁ/HA ESTADO EL NIÑO BAJO LA SUPERVISIÓN REGULAR DE UN MÉDICO? ☐ SI ☐ NO		FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO/MÉDICO Dentro de un año.	
HISTORIAL DEL DESARROLLO (*solamente para los bebés y niños de edad preescolar)					
EMPEZÓ A CAMINAR A LOS* AÑOS MESES		EMPEZÓ A HABLAR A LOS* AÑOS MESES		SE LE EMPEZÓ A ENSEÑAR CÓMO IR AL BAÑO A LOS* AÑOS MESES	
ENFERMEDADES EN EL PASADO — Marque las enfermedades que el niño ha tenido y especifique las fechas aproximadas de las mismas:					
☐ Varicela ☐ Asma ☐ Fiebre reumática ☐ Fiebre del heno		DATES ☐ Diabetes ☐ Epilepsia ☐ Tos ferina ☐ Paperas		DATES ☐ Poliomielitis ☐ Sarampión de 10 días (Rubéola) ☐ Sarampión de 3 días (Rubella)	
ESPECIFIQUE OTRAS ENFERMEDADES O ACCIDENTES SERIOS O GRAVES					
ANOTE CUALQUIER ALERGIA DE LA CUAL EL PERSONAL DEBE ESTAR ENTERADO		¿TIENE EL NIÑO RESFRIADOS FRECUENTES? ☐ SI ☐ NO		¿CUÁNTOS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES?	
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?*	
				☐ SI ☐ NO	
¿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 _____ ALMUERZO _____ CENA _____		DESAYUNO _____ ALMUERZO _____ CENA _____ 			
¿HAY ALGUNOS ALIMENTOS QUE NO LE GUSTAN COMER?		¿TIENE ALGÚN PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN?			
¿SABE EL NIÑO COMO IR AL BAÑO? * ☐ SI ☐ NO Si no, informe a la maestra y provee Pull-ups y toallas.		SI CONTESTA "SÍ", ¿EN QUE ETAPA DE APRENDIZAJE ESTÁ? *		¿TIENE EVACUACIONES INTESTINALES REGULARES? ☐ SI ☐ 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 ☐ NO		SI CONTESTA "SÍ", ANOTE EL NOMBRE DEL DOCTOR:		¿ESTÁ TOMANDO EL NIÑO MEDICAMENTOS RECETADOS? ☐ SI ☐ NO	
¿USA EL NIÑO ALGÚN APARATO ESPECIAL? ☐ SI ☐ NO		SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE:		¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL EN SU CASA? ☐ SI ☐ 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, RAZON QUE USTED QUIERE QUE SU NIÑO VENGA A LA ESCUELA?					
FIRMA DEL PADRE/MADRE			FECHA		



Instrumento de lenguaje familiar

Nombre del niño: _____

Fecha: _____

Forma completada por (círcule uno): ☐ Mamá ☐ Papá ☐ Guardián

La identificación de su hijo como un aprendiz de idioma dual en CSPP significa que su hijo se beneficiará del apoyo adicional del programa para desarrollar sus habilidades en la lengua materna, así como en el idioma inglés. Esta identificación les servirá solo en preescolar y es diferente de cualquier proceso de identificación o apoyos de programas que un niño pueda recibir como aprendiz de inglés en el Kinder Transicional o Kinder.

1. ¿Qué idioma(s) escucha su hijo o hija en casa? _____
2. ¿Qué idioma(s) escucha su hijo o hija en su vecindario y comunidad? _____
3. ¿Qué idioma(s) entiende su hijo o hija? _____
4. ¿Qué idioma(s) habla su hijo o hija? _____

Preguntas de la entrevista sobre intereses y lenguaje familiar

1) ¿Cuáles son los intereses y actividades favoritas de su hijo? (Por ejemplo, ¿tiene su hijo cuentos, libros y canciones favoritos?)	5) Queremos apoyar mejor el desarrollo del lenguaje de su hijo y comprender qué idiomas habla con los miembros de la familia. ¿Qué idioma(s) habla su hijo con sus hermanos, abuelos y otros miembros de la familia?
2) ¿Cuáles son algunas de las fortalezas que ve en su hijo y que podemos aprovechar? (Por ejemplo, ¿les gusta construir cosas, hacer arte, etc.)	6) ¿Qué idioma(s) habla más su hijo en general? Esto sería dentro y fuera de la casa combinados.
3) ¿Cómo podemos ayudar a apoyar el lenguaje y el desarrollo de su hijo en casa? (Por ejemplo, libros para leer en casa, materiales, ideas de actividades)	7) ¿En qué idioma preferiría recibir nuestras comunicaciones escritas? (Si bien nos gustaría poder atender todas las solicitudes de comunicación escrita en el idioma solicitado por los padres, es posible que nuestro programa no pueda traducir materiales de comunicación escrita a ese idioma).
4) A los niños pequeños les encanta hablar, leer, cantar y pueden aprender todos los idiomas que los rodean. ¿Qué idioma(s) habla más su hijo en casa?	8) ¿En qué idioma preferirías que nos comuniquemos verbalmente contigo? (Si bien nos gustaría poder atender todas las solicitudes de comunicación verbal en el idioma solicitado por los padres, es posible que nuestro programa no pueda ofrecer traducción a ese idioma).

Preguntas e inquietudes de las familias:



NECESIDADES DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES

Fecha: _____

Nombre del Niño: _____ Escuela: _____

Nombre del padre/guardián: _____

Domicilio: _____

Número de teléfono: _____ Número Alternativo: _____

Número de personas en la casa: _____ Idiomas hablado en su casa, con excepción del inglés: _____

1. ¿Usted gustaría información o referencias en cualquiera de las áreas siguientes; marque todo lo que se le aplique;

Dispensa de Comida <i>St. Margaret</i>	Consejería de la Familia	Nutrición
Alojamiento	Educación e Información de creencia para los padres	Intervención de Crisis
Compra de casa	Información sobre el GED (Educación general preparatoria)	Prevención de Pandillas/Crimen
Referencias Dentales	Información sobre la Ciudadanía/Clases de Ingles	Naturalización
Entrenamiento de Trabajo	Empleo	Transportación
Programas Después de Escuela	Ayuda Legal	Salud/Inmunización
Ropa <i>St. Margaret</i>	Tutoría	MediCal/Seguro
Programas Después de Escuela	Consejería	Otro:
Entrenamiento sobre el Anti-Abuso de Sustancias	Alojamiento de Emergencia	
¿Ha estado en otro programa (West Side Regional Center, Carousel, Head Start, Early Head Start,? ¿Si tal, cuál programa? Provee documentación adicional		

2. Encuesta de Taller para Padres, seleccione temas de interés:

Alfabetización	Disciplina	Adquisición de Lenguaje
La Importancia del Juego	Nutrición/Salud	Habla y Lenguaje
Desarrollo Infantil	Educación Temprana	Resolución de Conflictos
Fundaciones Preescolares	Currículo: Alta Integración	Resultados Deseables (Progreso Académico)

3. Horario de Talleres para Padres, seleccione el mejor tiempo para tener las reuniones;

8:30 AM	11:00 AM	3:15 PM	Lunes	Miércoles	Viernes
5:00 PM	6:00 PM	Otro:	Martes	Jueves	Sábado



Firma del padre/guardian

Fecha

FOR OFFICE USE ONLY

Action Taken: _____

Date: _____

Follow Up: : _____

Date: _____

- ☐ Data inputted in Care Control
- ☐ If counseling selected in section 1, send to Director of Special Education
- ☐ If child attended Early Head Start, WRC or other program/services, request supporting documentation
- ☐ Share with Staff as needed: _____



Lennox School District

CUESTIONARIO SOBRE LA RESIDENCIA NOCTURNA DEL ESTUDIANTE

10319 Firmona Ave. Lennox, CA, 90304
Tel. (310) 695-4000 Fax (310) 671-1795

Este documento es intencionado para cumplir los requisitos obligatorios dentro de la Ley de Asistencia McKinney-Vento Assistance Act, U.S.C.A 42 Sección 11302(a). Sus respuestas nos ayudarán a determinar cuales son los documentos necesarios para inscribir a su niño rápidamente.

Fecha: _____ Escuela: _____ Número de ID# _____

Nombre del Estudiante (Nombre, Apellido): _____ ☐ Masculino ☐ Feminino

Fecha de Nacimiento: _____ Grado: PREK Educación Especial ☐ NO ☐ SÍ, designado _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Domicilio de Correo (si es diferente): _____

Nombre del Padre/Tutor: _____ Número de contacto: _____

El estudiante vive con: ☐ 1 padre ☐ 1 padre y otro adulto ☐ un adulto que no es el padre/tutor
☐ 2 padres ☐ un pariente ☐ solo sin adultos

La situación de vivienda del estudiante (Marque todas las que apliquen):

- ☐ (100) En un albergue _____ (nombre del albergue)

☐ (110) En un motel o hotel _____ (nombre del motel/hotel)

☐ (210) En un programa de hogar transicional _____ (nombre del programa)

☐ (130) En un carro, un trailer o sitio de campamento, **temporalmente, debido a una vivienda inadecuada**

☐ (130) En una caravana/casa móvil en una propiedad privada

☐ (120) En un edificio para el hospedaje en un solo cuarto (SRO) – un edificio de multiples inquilinos consistiendo de cuartos individuales con baños y/o cocinas compartidas

☐ (130) En una chocera rentada **debido a la perdida del hogar**

☐ (120) En la casa o apartamento de otra familia, **temporalmente, debida a la pedida del hogar**, iniciando de problemas financieras, (ej., perdida de trabajo, desalojo, o desastre natural.)

☐ (120) Con un adulto que no es el padre/tutor, **temporalmente, debida a la pedida del hogar**

☐ (130) Otros lugares no diseñado para, o regularmente utilizados como alojamiento regulares para dormir para personas humanas (por favor explique) _____

☐ Viviendo solo, sin adulto (un menor de edad sin supervisión)

☐ **Ninguna de las casillas arriba aplican** – NINGUNA OTRA INFORMACIÓN ES REQUERIDA EN ESTE MOMENTO. Si su situación de vivienda cambia, por favor notifique a la escuela de su hijo.

Por favor apunte a todos los hermanos/as entre las edades de recién nacidos hasta los 22 años de edad.

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	GRADO	ESCUELA

Al firmar este formulario, yo declare bajo pena de perjurio de las leyes del estado de California que los presente es verdad y correcto. En adición, yo entiendo que el Distrito reserve el derecho de verificar la información de residencia apuntada arriba.

Firma del padre/tutor/cuidador: _____ Fecha: _____

VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA DEL DISTRITO ESCOLAR DE LENNOX

SECTION 4219.1: del Código Municipal de Inglewood:

Será ilegal para que cualquier persona haga voluntariosamente cualquier declaración falsa o engañosa, verbal o escrita, a cualquier oficial o empleado de cualquier distrito escolar dentro de la ciudad con el propósito de obtener inscripción en el mencionado distrito escolar para cualquier persona.

Cualquier violación de la sección será un delito menor y será castigada por una multa de no mas de quinientos dólares (\$500), o por el encarcelamiento en la ciudad o la cárcel del condado por un periodo que ne se excede seis meses, o con ambos.

Yo, _____, el padre o tutor de _____ pretendo inscribirlo en la
Nombre de mama o papa Nombre del niño
escuela _____ y certifico bajo penalidad por perjurio que el niño nombrado en la
Escuela
actualidad vive en _____
Domicilio
y nuestro numero de teléfono es _____ el cual esta localizado en la anterior dirección.
Teléfono

Firma

Parentesco con el niño

Fecha

TO BE COMPLETED BY SCHOOL ENROLLING OFFICER

Two of the following verifications have been accepted as proof of Lennox School District Residency (EC 48204.1, 48200, 4820). Reasonable evidence or residency for a pupil living with his or her parent or legal guardian shall be established by documentation showing the name and address of the parent or legal guardian within the school district, but not limited to, any of the following documentation:

	(1) Property tax payment receipts
	(2) Rental property contract or lease
	(3) Utility service contract, statement, or payment receipts.
	(4) Pay stubs.
	(5) Voter registration.
	(6) Correspondence from a government agency.
	(7) Declaration of residency executed by the parent or legal guardian of a pupil.

Enrolling Officer

School

Date



COMPROMISO DE LOS PADRES PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE DOBLE IDIOMA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	FECHA DE NACIMIENTO	ESCUELA

Si desea que su hijo/a participe en el Programa de Lenguaje Dual, por favor complete esta hoja

50/50 Descripción del programa en dos idiomas

El programa en dos idiomas del Distrito escolar de Lennox es un programa que desarrolla simultáneamente dos idiomas. Es un programa en el cual los estudiantes reciben 50% de su instrucción en español y 50 % en inglés.

Descripción del programa (Favor de escribir sus iniciales en cada línea)	
Entiendo que mi hijo/a recibirá instrucción en inglés y en español en todas las materias.	Iniciales de un padre
Acepto el compromiso de participar en el programa de dos idiomas durante los próximos años pre-escolares de mi hijo/a.	Iniciales de un padre
Respaldaré el desarrollo educativo de mi hijo/a de la siguiente manera: 1. Me aseguraré que mi hijo/a tenga buena asistencia en la escuela. 2. Estoy dispuesto a ser voluntario en el salón o escuela cada año. 3. Leyendo a mi hijo/a diariamente.	Iniciales de un padre
Entiendo que se usarán materiales de instrucción en ambos idiomas (inglés y español).	Iniciales de un padre
Entiendo que las metas para mi hijo/a son que: 1. Se convierta en alguien bilingüe, bilingüe y bicultural. 2. Tenga éxito académico 3. Desarrolle un aprecio y respeto hacia otras culturas	Iniciales de un padre
Se que si tengo cualquier pregunta, puedo hablar con la maestra, el Supervisor del Sitio o con la Directora del Programa Preescolar Estatal.	Iniciales de un padre

☐ **NO, no deseo participar en el Programa de Doble Idioma.**

He repasado el contrato y entiendo las expectativas del programa

NOMBRE DEL PADRE/GUARDIAN	FIRMA ELECTRONICA DEL PADRE/MADRE	FECHA



LEA CONMIGO

Forma de Compromiso del Padre



Yo, con mi hijo/a, participaré en el Programa Read With Me / Lea Conmigo de la organización Families In Schools. Comprendo que recibiré una mochila llena de hasta diez libros. Como participante en el programa, prometo hacer lo siguiente:

★	Leer con mi hijo/a todos los días - preferentemente durante 20 minutos al día.
★	Devolver la mochila a la escuela cuando se me pida.
★	Devolver la mochila y los libros en buen estado.
★	Si dejo de participar en el programa, yo prometo devolver la mochila y todos los libros a la escuela.
★	Si la mochila y las cosas que contiene sufren algún daño, o se pierden, yo entiendo que asumo la responsabilidad de reemplazar o reponer estas cosas, o pagar lo que cuesta (\$80) reemplazarlas o reponerlas.
★	Solo usar la mochila para su propósito.

Nombre del padre: _____

Firma del padre: _____

Nombre del niño: _____

Maestra: _____



Families In School mission is to involve parents and communities in their children's education to achieve lifelong success. Document may be photocopied for local school use.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MEDICO DE EMERGENCIA-

Guarderías infantiles u hogares que proporcionan cuidado de niños

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

Nombre del Escuela

OBTENGA EL TRATAMIENTO MEDICO O DENTAL DE EMERGENCIA DEBIDAMENTE

RECETADO POR UN DOCTOR CON LICENCIA (M.D.), OSTEOPATÍA (D.O.), O DENTISTA (D.D.S.) PARA

Nombre del Niño

SE PUEDE PROVEER ESTE CUIDADO BAJO CUALQUIER CONDICIÓN

QUE SEA NECESARIA PARA PRESERVAR LA VIDA, MIEMBROS DEL CUERPO, O EL BIENESTAR DEL NIÑO

MENCIONADO ANTERIORMENTE.

El niño tiene alergias a los siguientes medicamentos:



1^{er} Año

Firma del padre/guardían

Fecha

2^{do} Año

Firma del padre/guardían

Fecha

Dirección

Número de teléfono de la casa

Número de teléfono del celular

Número de teléfono del trabajo



Eligibility Verification Notice / Avisó de Verificación de Elegibilidad

Fecha: _____

Nombre de Padre o Guardián: _____

Nombre del Estudiante: _____

Escuela: _____

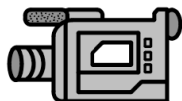
El Programa Preescolar Estatal de Lennox requiere que el Departamento de Educación de California (CDE) determine la elegibilidad del niño, de acuerdo al número de personas en la familia, ingresos o servicios de protección que recibe el niño. Esta información puede incluir: contactar a los empleadores, doctores, servicios legales, trabajadores sociales, y otras instituciones o personas para verificar la elegibilidad del niño.

Cualquier información fraudulenta, falsa, incompleta o incorrecta que se proporcione para lograr la aceptación inicial basada en sus bajos ingresos, o número de personas que viven con usted, pueden ser causa para la terminación de este programa y deberán reembolsar y pagar todos los gastos ocasionados desde que se registró el niño en el Programa Preescolar Estatal de Lennox.

Yo entiendo que el Programa Preescolar Estatal de Lennox tiene derecho de verificar la información presentada con el propósito de determinar la elegibilidad para recibir estos servicios.

Firma de padre/madre/guardián: _____

Fecha: _____



Formulario de Autorización de Publicación

Distrito Escolar de Lennox



Si durante el ciclo escolar l oportunidad de fotografiar en su estudiante y/o publicar el trabajo de su estudiante dentro del distrito, escuela y/o nticias locales, y/o demostrar en páginas del internet del distrito/escuela y cuentas de medios sociales (página del distrito de Instagram, Facebook o Twitter. El publicar o demostrar las fotografías de estudiante y trabajo escolar avanza la mission educativa de la escuela y si usted lo permite, el padre o tutor, en conjunto con otros amigos o miembros de la familia del niño, de ver los logros de su niño.

Por favor marque uno:

☐ Sí, doy permiso para que mi hijo sea fotografiado / filmado y usar su nombre en las publicaciones.

☐ No, doy permiso para que mi hijo sea fotografiado / filmado o usar su nombre en las publicaciones.

Nombre de su hijo/a: _____

Escuela: _____

Ciclo Escolar: _____

Nombre de padre/tutor (letra en molde)_____

Firma del padre: _____ Fecha: _____

Por favor tome en cuenta que sis u estudiante participa en eventos públicos (tal como un evento deportivo o una obra de arte disponible a la comunidad), la escuela/distrito puede tener poco o ningún control sobre las fotografías tomadas por los medios de comunicación, otros padres o miembros de la comunidad que asisten al evento.

OFFICE USE ONLY:

Information updated in Powerschool by _____
Staff Name

Date entered in Powerschool _____

NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LAS GUARDERÍAS INFANTILES DERECHOS DE LOS PADRES

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. [Tenemos la póliza de puerta abierta.](#)
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. Ser notificado y recibir, de la persona con licencia, una notificación por escrito con los nombres de las personas a las que no se les permite estar en el hogar mientras que estén presentes los niños. **(NOTA: Esta notificación sólo se requiere cuando el Departamento, por escrito, ha excluido a alguien del hogar el o después del 1º de enero de 2001.)**
6. Pedir por escrito que no se le permita a cierto padre/madre que visite al niño de usted ni que se lo lleve del hogar, siempre y cuando usted haya presentado una copia certificada de una orden de la corte.
7. 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: [El Segundo Regional Office](#)
Dirección de la oficina de licenciamiento: [300 N Continental Blvd Suite 290A, El Segundo, CA 90245](#)
Número de teléfono de la oficina de licenciamiento: [424-301-3077](#)
8. Solicitar que la persona con licencia, a petición de usted, le informe del nombre y tipo de asociación con el hogar de cualquier persona adulta que haya obtenido una exención en relación a sus antecedentes penales, y que el nombre de tal persona también se puede obtener comunicándose con la oficina local de licenciamiento.
9. Recibir de la persona con licencia el formulario sobre el proceso para la revisión de los antecedentes de los proveedores de cuidado.
10. Ser informado por la persona con licencia de que el establecimiento tiene o no tiene seguro de responsabilidad civil (liability insurance) o alguna garantía de una compañía de seguridad (bond) que cubra a los clientes por lesiones causadas por negligencia de la persona con licencia o los empleados del establecimiento.

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 995A (8/08) (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
Nombre del niño
"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.

☐ [Buford](#) ☐ [Felton](#) ☐ [Jefferson](#) ☐ [Moffett](#) ☐ [Whelan](#)

Nombre de la guardería/Escuela (circule uno)

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.

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. **No proovemos la instrucción religiosa.**
- 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	El Segundo Regional Office		
DOMICILIO	300 N Continental Blvd Suite 290A, El Segundo, CA 90245		
CUIDAD	ZONA POSTAL	TELÉFONO	
424-301-3077			

SEPRE 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: PLACE IN CHILD'S FILE 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: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top; border: none;"> (CIRCULE EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO) ☐ Buford State Preschool ☐ Felton State Preschool ☐ Jefferson State Preschool ☐ Moffett State Preschool ☐ Whelan State Preschool </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top; border: none;"> (CIRCULE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO) ☐ Buford: 10915 Felton Avenue ☐ Felton: 10417 Felton Avenue ☐ Jefferson: 10203 Firmona Avenue ☐ Moffett: 11050 Larch Avenue ☐ Whelan: 4125 105th Street </td> </tr> </table> (ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL NIÑO) (FIRMA DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 70%; border: none;">(TÍTULO/PUESTO DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)</td> <td style="width: 30%; border: none;">(FECHA)</td> </tr> </table>		(CIRCULE EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO) ☐ Buford State Preschool ☐ Felton State Preschool ☐ Jefferson State Preschool ☐ Moffett State Preschool ☐ Whelan State Preschool	(CIRCULE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO) ☐ Buford: 10915 Felton Avenue ☐ Felton: 10417 Felton Avenue ☐ Jefferson: 10203 Firmona Avenue ☐ Moffett: 11050 Larch Avenue ☐ Whelan: 4125 105th Street	(TÍTULO/PUESTO DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)	(FECHA)
(CIRCULE EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO) ☐ Buford State Preschool ☐ Felton State Preschool ☐ Jefferson State Preschool ☐ Moffett State Preschool ☐ Whelan State Preschool	(CIRCULE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO) ☐ Buford: 10915 Felton Avenue ☐ Felton: 10417 Felton Avenue ☐ Jefferson: 10203 Firmona Avenue ☐ Moffett: 11050 Larch Avenue ☐ Whelan: 4125 105th Street				
(TÍTULO/PUESTO DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)	(FECHA)				



Autorización de Empleo



Yo, _____ autorizo al Programa Preescolar del Distrito de Lennox para que verifique mi empleo de mi empleador.

<i>Nombre de la Compañía</i>

<i>Domicilio</i>

<i>Teléfono</i>

<i>Horas de operación</i>
Pago cada
☐ semana ☐ cada 2 semanas ☐ 2 veces al mes ☐ cada mes

Horario de trabajo	
domingo:	_____ ☐ am ☐ pm - _____ ☐ am ☐ pm
lunes:	_____ ☐ am ☐ pm - _____ ☐ am ☐ pm
mártes:	_____ ☐ am ☐ pm - _____ ☐ am ☐ pm
miércoles:	_____ ☐ am ☐ pm - _____ ☐ am ☐ pm
jueves:	_____ ☐ am ☐ pm - _____ ☐ am ☐ pm
viernes:	_____ ☐ am ☐ pm - _____ ☐ am ☐ pm
sábado:	_____ ☐ am ☐ pm - _____ ☐ am ☐ pm
Fecha que comenzo empleo: _____	

Firma del Padre/Madre

Fecha

For Office Use Only

Date: _____ Time: _____ Intial: _____ Spoke with: _____ Notes: _____



Autorización de Empleo



Yo, _____ autorizo al Programa Preescolar del Distrito de Lennox para que verifique mi empleo de mi empleador.

<i>Nombre de la Compañía</i>

<i>Domicilio</i>

<i>Teléfono</i>

<i>Horas de operación</i>
Pago cada
☐ semana ☐ cada 2 semanas ☐ 2 veces al mes ☐ cada mes

Horario de trabajo	
domingo:	_____ ☐ am ☐ pm - _____ ☐ am ☐ pm
lunes:	_____ ☐ am ☐ pm - _____ ☐ am ☐ pm
mártes:	_____ ☐ am ☐ pm - _____ ☐ am ☐ pm
miércoles:	_____ ☐ am ☐ pm - _____ ☐ am ☐ pm
jueves:	_____ ☐ am ☐ pm - _____ ☐ am ☐ pm
viernes:	_____ ☐ am ☐ pm - _____ ☐ am ☐ pm
sábado:	_____ ☐ am ☐ pm - _____ ☐ am ☐ pm
Fecha que comenzo empleo: _____	

Firma del Padre/Madre

Fecha

For Office Use Only

Date: _____ Time: _____ Intial: _____ Spoke with: _____ Notes: _____



Lennox School District
State Preschool Program

10203 Firmona Avenue, Lennox, CA 90304 310-680-3500 Fax 310-330-4910



PARTICIPATING PARENTS, GUARDIANS or VOLUNTEERS HEALTH REQUIREMENTS
PADRES, TUTORES O VOLUNTARIOS PARTICIPANTES REQUISITOS DE SALUD

All volunteers at Lennox School District State Preschool Program must maintain the following health requirements.

Todos los voluntarios del Programa Preescolar Estatal de Lennox deben mantener los siguientes requisitos de salud.

Adult's Name/Nombre del Adulto		School /Escuela
Child's Name/Nombre del niño		Telephone Number/Numero de teléfono
Address/Dirección		
Medical Provider/Proveedor de servicios medicos	Provider's Number/Numero de teléfono	Provider's Fax Number/Numero de fax

I authorize the medical provider listed above to release the following medical information to Lennox School District State Preschool Program./ Autorizo al proveedor médico mencionado arriba para que divulgue la siguiente información médica al Programa Preescolar Estatal de Lennox.

Parent/Volunteer's Signature/Firma del Padre o Voluntario

TO BE COMPLETED BY MEDICAL PROVIDER

Tuberculosis Requirement (prior to start date and updated every 2 years or 4 years for X Rays)

Date Given	Date Read	☐ Positive	☐ Negative	Results mm
Date of Chest X-Ray		☐ Normal	☐ Abnormal	RX-Date

Medical Provider's Signature

Influenza Requirement

☐ Flu vaccination date _____

Medical Provider's Signature

☐ I have declined to be vaccinated against the flu/
He rechazado vacunarme contra la gripe

Adult's Signature

Pertussis Requirement

☐ Immunization date _____
☐ Volunteer/parent is already immune to pertussis documentation attached

Medical Provider's Signature

Medical Provider

Form completed by: _____

☐ Physician ☐ Physician's Asst. ☐ Nurse Practitioner

Signature: _____

Date: _____



Measles Requirement

- ☐ Volunteer born before 1957
- ☐ Immunization date _____
- ☐ Volunteer/parent is already immune to Measles documentation attached

Medical Provider's Signature

TO BE COMPLETED IN THE PRESCHOOL OFFICE

Child's Name: _____

I decline volunteering in my child's classroom. I also know that I will not be able to attend school functions such as, Mommy and Me, Daddy and Me, Trikeathon, Jogathon, etc..., that are in the classroom due to not having vaccinations. If I do want to volunteer I know that I have to submit the vaccinations to the Preschool office.

Parent's Signature and Date

Nombre del Niño: _____
Rechazo el trabajo voluntario en la escuela de mi hijo/a. También estoy consiente de que no podré asistir a las funciones escolares tales como, Mamá y Yo, Papá y Yo, Triciclón, etc., que están en el aula debido a que no entregue mis vacunas. Si quiero ser voluntario, sé que tengo que llevar las vacunas a la oficina preescolar.

Firma de Padre/Madre y Fecha

To be completed by Preschool Office

- ☐ TB Test
- ☐ Flu
- ☐ MMR
- ☐ TDAP
- ☐ Copy in Health File
- ☐ Copy in Teacher File
- ☐ Copy in Vaccination Folder

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)	/ /		/ /							
(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.

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