



Distrito Escolar Unificado de Folsom Cordova Programa preescolar del estado de California (CSPP)

2460 Cordova Lane, Rancho Cordova, CA 95670

916.294.9090 Fax 916.294.2474

Proceso de inscripción para estudiantes

Para garantizar una inscripción ágil y oportuna, por favor siga los pasos que se indican a continuación:

Paso 1: Solicitar una solicitud de inscripción

- Visite la oficina de Cordova Lane para recoger el paquete oficial de solicitud de inscripción.

Paso 2: Reúna la documentación solicitada

- Reúna todos los documentos que se indican en la **primera sección** del paquete.
Revise la lista detenidamente, ya que la falta de documentación puede provocar retrasos en el proceso de inscripción.

Paso 3: Programe una cita

- Para programar una cita de inscripción, comuníquese con nuestra oficina al (916) 294-9090, extensión 610116.

Paso 4: Complete el registro en línea (InfoSnap)

- Envíe el cuestionario de registro en línea de InfoSnap.
- Proporcione en persona o en línea **cualquier otro documento solicitado** que no haya entregado previamente.

Paso 5: Espere a recibir el Aviso de acción

- Cuando se hayan completado todos los pasos y se haya recibido toda la documentación requerida, se enviará un Aviso notificándole su estatus de la inscripción.

**** Importante: Las solicitudes incompletas o la falta de documentos pueden retrasar el proceso de inscripción. Asegúrese de seguir todos los pasos y de enviar todos los documentos a tiempo.**



DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE FOLSOM CORDOVA Programa Preescolar del Estado de California (CSPP)

2460 Cordova Lane, Rancho Cordova, CA 95670

916.294.9090 Fax 916.294.2474

Solicitud de Inscripción para el Preescolar 2026/2027

Gracias por su interés en el Programa Preescolar del Estado de California (CSPP). Nos alegra poder colaborar con usted para inscribir a su(s) hijo(s) en nuestro programa. En caso de cumplir con los requisitos de edad e ingresos, complete esta solicitud en su totalidad y reúna todos los documentos necesarios. (Consulte el reverso para ver las especificaciones y detalles de inscripción).

La mayor parte de la documentación requerida para la inscripción puede ser enviada por vía electrónica (InfoSnap). Sin embargo, algunos formularios que se incluyen en este paquete requieren firmas originales y deben completarse y entregarse en persona, junto con todos los demás documentos solicitados, al momento de su cita previamente concertada.

Documentos requeridos que debe presentar cada familia:

- **Certificado(s) de nacimiento:** comprobante de nacimiento de TODOS los niños menores de 18 años en la familia.
- **Comprobante de ingresos familiar** de los 30 días previos a su cita.
- **Informe médico:** Evaluación de salud del centro de atención infantil firmada y fechada en los últimos 12 meses por el consultorio de su médico, incluida una prueba o examen de detección de tuberculosis.
- **Registro de vacunación** - Tarjeta amarilla de registro de vacunación de California o copia impresa oficial de la clínica de salud. Si las vacunas no están al corriente, no se inscribirá al niño.
- **Comprobante de domicilio** - Último recibo de SMUD, PG&E o contrato de alquiler donde figure el nombre y la dirección física de los padres. **(SI VIVE CON ALGUIEN, traiga una declaración jurada de residencia junto con su comprobante de domicilio. Si este es su caso, póngase en contacto con la oficina para obtener más información).**
- **Cuestionario de edades y etapas:** - Cuestionario de dos partes, **ASQ-3 & ASQ:SE-2**, a completarse en el siguiente sitio web:
<http://asqonline.com/family/5792dd>

En caso de que sea aplicable a su situación familiar:

- Declaración afirmando no tener ingresos (la puede encontrar en la página 3 de esta aplicación)
- Si su hijo toma medicamentos o tiene alergias, por favor pida el formulario correspondiente al personal de la oficina.
- Copia del Acuerdo de custodia dictado por un juzgado
- IEP- Plan de Educación Individualizado

Las familias serán elegibles para CSPP **SOLO SI**

1. La fecha de nacimiento del niño está comprendida entre 9/02/2021 y 12/02/2023 o bien cuando el niño cumpla 3 años., **Y**
2. El ingreso familiar no excede el ingreso estatal medio (SMI). Consulte la guía de ingresos familiares que se muestra a continuación para verificar los límites de ingresos.

Guía de ingresos familiares *			
Número de miembros en la familia	Ingreso familiar bruto mensual	Número de miembros en la familia	Ingreso familiar bruto mensual máximo **
1-2	\$8,376	1-2	\$9,632
3	\$9,476	3	\$10,897
4	\$11,337	4	\$13,038
5	\$13,151	5	\$15,124
6	\$14,965	6	\$17,210
7	\$15,305	7	\$17,601
8	\$15,645	8	\$17,992
9	\$15,985	9	\$18,383
10	\$16,325	10	\$18,774
11	\$16,665	11	\$19,165
12+	\$17,006	12+	\$19,556
*Las guías de SMI no aplican si la escuela de residencia del niño califica para recibir comidas gratuitas, reducidas o pagadas (FRPM, por sus siglas en inglés). (Las escuelas FRPM incluyen: Cordova Meadows, Cordova Villa, White Rock y Williamson).			
**El 10 % de las familias inscritas pueden ganar por arriba del umbral de Ingreso familiar bruto mensual sin exceder el Ingreso familiar bruto mensual máximo.			

A CONTINUACIÓN, SE ENUMERAN LAS ESCUELAS PRESCOLARES/HORARIOS Es posible que haya disponibilidad limitada de horarios y ubicaciones. Marque con un círculo el horario de su preferencia e indique sus 3 escuelas prioritarias por orden de preferencia

Las clases matutinas son de 8:00 a 11:00 AM

| Las clases vespertinas son de 11:45 AM 2:45 PM

Rancho Cordova:

AM PM _____ Cordova Gardens, 2400 Dawes St.

AM PM _____ Cordova Lane, 2460 Cordova Lane

AM PM _____ Cordova Meadows, 2550 La Loma Dr

AM PM _____ Cordova Villa, 10359 White Rock Rd.

AM PM _____ Rancho Cordova, 2562 Chassella Way

AM _____ Peter J Shields, 10434 GeorgetownDr

AM PM _____ White Rock, 10487 White Rock Rd.

AM PM _____ Williamson, 2276 Benita Dr

Folsom:

AM PM _____ Preescolar Theodore Judah, 101 Dean Way

Información importante sobre la colocación:

Cuando se admite a un niño, se toman en cuenta las solicitudes de horario y plantel. El personal administrativo del preescolar decide la colocación en función de la elegibilidad de la familia, la edad, las necesidades de salud y el programa más adecuado. Si no se admite a su hijo en la escuela y horario solicitados, usted puede rechazar la plaza y solicitar que su hijo sea incluido en la lista de espera para la escuela y horario solicitados.

Aviso: La inscripción **no** se basa en el orden de recepción de las solicitudes. Los requisitos para ser admitidos al programa se basan en la edad, los ingresos mensuales y el tamaño de la familia; los niños bajo servicios de protección y los niños de cuatro años tienen prioridad. *La entrega de este paquete de inscripción no garantiza la inscripción en el Programa Preescolar del Distrito Escolar Unificado de Folsom Cordova (FCUSD).* FCUSD también ofrece inscripción simultánea en el preescolar y el kindergarten de transición para niños de cuatro años.

Para más información o preguntas sobre la elegibilidad, póngase en contacto con Sonia Davis en sdavis@fcusd.org o llame al 916.294.9090 ext. 610116

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA:

Estado civil: ☐ Casado ☐ Separado ☐ Soltero ☐ Divorciado

Si está divorciado, ¿ambos padres tienen custodia?

☐

Yes

☐

No

Por favor, explique: _____

PRIMER IDIOMA HABLADO:

PRIMER IDIOMA HABLADO:

SITUACIÓN LABORAL/ ACADÉMICA:

☐ Empleado ☐ Empleado independiente ☐ Ama de casa
☐ Desempleado ☐ Discapacitado ☐ Estudiante

Empleador/ Escuela nombre & dirección:

Empleador/ Escuela nombre & dirección: _____

SITUACIÓN LABORAL/ACADÉMICA:

☐ Empleado ☐ Empleado independiente ☐ Ama de casa
☐ Desempleado ☐ Discapacitado ☐ Estudiante

Empleador/ Escuela nombre & dirección:

Empleador/ Escuela nombre & dirección: _____

Ingresos brutos mensuales (antes de impuestos): \$ _____

Ayuda en efectivo de CalWorks: _____ \$ Cal Fresh: \$ _____

Asistencia para la vivienda: \$ _____ Otra ayuda: \$ _____

Pensión infantil: \$ _____ Asistencia conyugal: \$ _____

Discapacidad: \$ _____ Compensación laboral: \$ _____

TANF/ Ayuda en efectivo: \$ _____ Asist. para adopción: \$ _____

"Foster Grant": \$ _____ Cal Fresh: \$ _____

Pago en efectivo: \$ _____ Otro ingreso: \$ _____

Ingresos brutos mensuales (antes de impuestos): \$ _____

Ayuda en efectivo de CalWorks: _____ \$ Cal Fresh: \$ _____

Asistencia para la vivienda: \$ _____ Otra ayuda: \$ _____

Pensión infantil: \$ _____ Asistencia conyugal: \$ _____

Discapacidad: \$ _____ Compensación laboral: \$ _____

TANF/ Ayuda en efectivo: \$ _____ Asist. para adopción: \$ _____

"Foster Grant": \$ _____ Cal Fresh: \$ _____

Pago en efectivo: \$ _____ Otro ingreso: \$ _____

Fraude: hacer declaraciones falsas o presentar información falsa, con pleno conocimiento o de forma intencionada, como medio para obtener servicios preescolares pagados por el Estado, constituye un fraude. La información se enviará al fiscal del distrito para su procesamiento y la familia podría estar obligada a reembolsar al Estado el coste del preescolar.

Fraude: hacer declaraciones falsas o presentar información falsa, con pleno conocimiento o de forma intencionada, como medio para obtener servicios preescolares pagados por el Estado, constituye un fraude. La información se enviará al fiscal del distrito para su procesamiento y la familia podría estar obligada a reembolsar al Estado el coste del preescolar.

Firma padre A:

Fecha:

Firma padre B:

Fecha:



Distrito Escolar Unificado de Folsom Cordova
Programa Preescolar del Estado de California (CSPP)
2460 Cordova Lane, Rancho Cordova, CA 95670 916.294.9090 Fax 916.294.2474

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN LABORAL

PADRE/TUTOR LEGAL A: INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre de la empresa	Nombre de la persona de contacto	Teléfono
Dirección de la empresa	Ciudad	Código postal
Horario de atención de la empresa		

AUTORIZACIÓN DEL EMPLEADO:

Los representantes del Distrito Escolar Unificado de Folsom-Cordova tienen permiso para ponerse en contacto con mi empleador para verificar mi información de ingresos y empleo y determinar la elegibilidad de mi familia durante el proceso de certificación. Entiendo que toda la información recopilada es estrictamente confidencial.

Nombre del padre/tutor legal	Firma del padre/tutor legal	Fecha
------------------------------	-----------------------------	-------

PADRE/TUTOR LEGAL B: INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Nombre de la empresa	Nombre de la persona de contacto	Teléfono
Dirección de la empresa	Ciudad	Código postal
Horario de atención de la empresa		

AUTORIZACIÓN DEL EMPLEADO:

Los representantes del Distrito Escolar Unificado de Folsom-Cordova tienen permiso para ponerse en contacto con mi empleador para verificar mi información de ingresos y empleo y determinar la elegibilidad de mi familia durante el proceso de certificación. Entiendo que toda la información recopilada es estrictamente confidencial.

Nombre del padre/tutor legal	Firma del padre/tutor legal	Fecha
------------------------------	-----------------------------	-------

ÚNICAMENTE CON FINES ADMINISTRATIVOS

Notas de verificación: _____

Fecha de verificación: _____ Verificado con: _____ Iniciales del empleado: _____



Distrito Escolar Unificado de Folsom Cordova
Programa Preescolar del Estado de California (CSPP)
2460 Cordova Lane, Rancho Cordova, CA 95670

DECLARACIÓN PERSONAL DE CERO INGRESOS

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR: _____

NOMBRE DEL MENOR: _____

1. Por la presente certifico que en los últimos 30 días no he recibido ingresos a título personal de ninguna de las siguientes fuentes:
- a. Salarios por empleo (incluidas comisiones, propinas, bonos, honorarios, etc.);
 - b. Ingresos procedentes de la operación de un negocio;
 - c. Ingresos por el alquiler de bienes inmuebles o personales;
 - d. Intereses o dividendos de inversiones;
 - e. Pagos de Seguridad Social, anualidades, pólizas de seguro, fondos de jubilación, pensiones o pensiones por viudedad.
 - f. Pagos por desempleo o discapacidad;
 - g. Pagos de asistencia pública;
 - h. Asignaciones periódicas como pensión alimenticia, pensión infantil o regalos recibidos de personas que no viven en mi hogar;
 - i. Ingresos por la venta de productos como vendedor independiente (Avon, Mary Kay, Shaklee, etc.);
 - j. Cualquier otro ingreso por fuentes no mencionadas previamente.

2. Por favor, marque uno de los siguientes:

☐ Actualmente, no tengo ingresos de ningún tipo y, aunque estoy buscando empleo, por el momento no tengo ninguna oferta de trabajo.

☐ Actualmente, no tengo ingresos de ningún tipo y no estoy buscando empleo.

Entiendo que FCUSD tiene el derecho de verificar la información proporcionada con el fin de determinar la elegibilidad para recibir servicios preescolares subvencionados.

Firma del padre/tutor: _____

Fecha: _____

Fraude:

Hacer declaraciones falsas o presentar información falsa, con pleno conocimiento o de forma intencionada, como medio para obtener servicios preescolares pagados por el Estado, constituye un fraude. La información se enviará al fiscal del distrito para su procesamiento y la familia podría estar obligada a reembolsar al Estado el coste del preescolar.

Nombre del niño: _____ Nombre(s) del padre(s)/tutor(es): _____

2026/2027 CONDICIONES PARA LA INSCRIPCIÓN EN LOS PROGRAMAS DE PREESCOLAR DEL FCUSD

Después de haber leído detenidamente cada término de inscripción ponga sus iniciales en cada línea. En caso necesario, ambos padres/tutores deben firmar

_____ Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar toda la documentación que acredite mi elegibilidad a la oficina de preescolar.

_____ Entiendo que es mi responsabilidad asistir a la orientación para padres de preescolar que se lleva a cabo antes del inicio de clases, y que cumpliré con las reglas y políticas del Programa Preescolar del Estado de California (CSPP), que se incluyen en el manual que se me entregará durante la inscripción o la orientación para padres.

_____ Entiendo que debo asistir a una reunión de padres/maestros en otoño y a tres reuniones informativas para padres/charlas para padres que se celebran a lo largo del año.

_____ Entiendo que las vacunas de mi hijo deben estar al corriente: 3- Polio, 4 -DTaP, 1-Varicela, 1-MMR y Hib (en o después del primer cumpleaños) y 3- Hepatitis B. Estas vacunas son obligatorias. Conforme al proyecto de ley 277 del Senado, ya no se aceptarán exenciones por creencias personales.

_____ Entiendo que, si mi hijo no sabe usar el baño por sí solo, debo estar disponible en todo momento en caso de que tenga un accidente

Un niño que sabe ir al baño por sí solo es aquel que puede hacer lo siguiente:

1. Avisar a un adulto cuando necesite ir al baño ANTES de tener que ir.
2. Bajarse y subirse los pantalones y la ropa interior sin ayuda.
3. Limpiarse después de ir al baño.
4. Sentarse y levantarse del inodoro sin ayuda.
5. Lavarse y secarse las manos.
6. Regresar directamente para seguir con las actividades sin necesidad de darle indicaciones.
7. Ser capaz de aguantarse si tiene que esperar a que se desocupe un baño o si está en el exterior.

Conforme a las normas sanitarias y las limitaciones de las instalaciones, nuestro personal no está autorizado para cambiar a los niños. Si un niño tiene un accidente, este debe ser capaz de limpiarse y cambiarse por sí mismo, O BIEN, deberá existir un plan previamente acordado para cambiar al niño. Si su hijo no está entrenado para ir al baño por una condición médica, por favor proporcione una nota firmada y sellada por su médico.

_____ Entiendo que debo notificar lo más pronto posible a la oficina de cualquier cambio de dirección, teléfono y cambios en la información de la tarjeta de emergencia.

_____ Entiendo que solo las personas mayores de 18 años cuyos nombres he indicado en la tarjeta de inscripción/emergencia del distrito pueden firmar la entrada o salida de mi hijo del preescolar utilizando su firma legal completa y que se le podrá solicitar una identificación en cualquier momento a cualquier persona que recoja a los niños.

_____ Entiendo que mi hijo debe estar lo suficientemente sano como para poder participar en las actividades normales del programa preescolar, incluyendo jugar al aire libre y que, en caso contrario, debo mantenerlo en casa. Llamaré al centro preescolar para notificarles la ausencia de mi hijo.

_____ La asistencia diaria ayudará a su hijo a desarrollar su confianza y seguridad durante su experiencia preescolar. Entiendo que mi hijo puede ser expulsado del programa por una asistencia irregular si acumula un total de 15 ausencias injustificadas.

- _____ Entiendo que, si mi hijo se ha ausentado durante 30 días consecutivos y no he contactado a su maestro, lo que se conoce como “abandono del cuidado”, se enviará una carta como último método de contacto antes de que se envíe un aviso de terminación.
- _____ Llegar tarde para recoger a los estudiantes interrumpe los horarios de trabajo del personal y compromete la proporción de adultos/niños requerida. Entiendo que es mi responsabilidad encontrar otros medios de transporte alternativo en caso de que no pueda llegar a tiempo, y es mi obligación notificar al maestro en dicho caso.
- _____ Entiendo que mi hijo puede ser dado de baja del programa si lesiona a otro niño o miembro del personal o si tiene un comportamiento que suponga una amenaza para el bienestar físico o emocional de otros niños o del personal.
- _____ Comprendo que mi hijo podría ser dado de baja del programa si yo, u otro adulto autorizado, infringimos la Sección 71 del Código Penal de California sobre las amenazas a funcionarios públicos, empleados y personal escolar.
- _____ En caso de que decida sacar a mi hijo del preescolar, avisaré con al menos una semana de antelación al maestro de mi hijo y al personal de la oficina del CSPP, y tendré que firmar un “Aviso de baja” antes de salir del programa.
- _____ En el caso de una emergencia familiar, por motivos de salud u otras razones personales justificables, puedo solicitar y firmar un formulario de “Solicitud de tiempo libre” de CSPP para justificar temporalmente ausencias prolongadas.
- _____ Entiendo que debo informar al personal del centro preescolar de cualquier necesidad especial, incluyendo, entre otras, alergias a alimentos, problemas de salud/médicos, planes de educación individualizados (IEP) y planes 504.
- _____ Entiendo que no se permite la presencia de hermanos y otros niños no inscritos en el programa preescolar en el salón de clases cuando asisto como voluntario o cualquier otro día de clases.
- _____ Entiendo que, para ser voluntario en el salón de clases, el Distrito Escolar Unificado de Folsom Cordova (FCUSD) requiere que complete un paquete de voluntario, tener una prueba de tuberculosis vigente en el archivo y que se tomen mis huellas dactilares.
- _____ Entiendo que el uso o la divulgación de toda la información referente al niño y a su familia se limitará exclusivamente a los fines directamente relacionados con la administración del programa.
- _____ A menos que un padre o tutor legal notifique por escrito su objeción a que se tomen fotografías o vídeos de su hijo, estos materiales audiovisuales podrán utilizarse en los materiales elaborados por CSPP/FCUSD, incluidos, entre otros, publicaciones impresas y sitios web.
- _____ Entiendo que el Departamento de Educación de California, el Departamento de Servicios Sociales y la Oficina de Licencias de Centros de Atención Comunitaria tienen la autoridad para interrogar a los niños o al personal sin consentimiento previo. El DSS y la CCL tienen la autoridad para inspeccionar, auditar y copiar los registros de los niños o de los centros de atención infantil a petición durante el horario laboral normal.
Podrán retirar los expedientes para hacer copias en caso necesario. La remoción de los expedientes deberá cumplir con los requerimientos de las secciones 101217(c) y 101221 (d). El DSS y el CCL tienen la autoridad para observar el estado físico del niño o los niños, incluyendo cualquier condición que pudiera indicar abuso, negligencia o una colocación inadecuada.

Nota: Cita de la autoridad: Sección 1596.81, Código de Salud y Seguridad. Referencia: Secciones 1596.72, 1596.852, 1596.853 y 1596.8535, Código de Salud y Seguridad.

Nombre del padre/tutor A (en letra de imprenta): _____ **Fecha:** _____

Firma del padre/tutor: _____

Nombre del padre/tutor B (en letra de imprenta): _____ **Fecha:** _____

Firma del padre/tutor: _____

NOTIFICACIÓN DEL CENTRO DE CUIDADO INFANTIL DERECHOS DE LOS PADRES

DERECHOS DE LOS PADRES

Como padre/representante autorizado, usted tiene derecho a:

1. Entrar e inspeccionar el centro de cuidado infantil sin previo aviso siempre que haya niños en el centro.
2. Presentar una queja contra el licenciatario ante la oficina de licencias y revisar el expediente público del licenciatario en poder de la oficina de licencias.
3. Revisar, en el centro de cuidado infantil, los informes de inspecciones de licencias y las quejas documentadas contra el titular de la licencia presentadas durante los últimos tres años.
4. Presentar una queja ante la oficina de licencias e inspeccionar el centro infantil sin ser objeto de discriminación o represalias en su contra o en contra de su hijo.
5. Tras presentar una copia certificada de una orden judicial, usted puede solicitar por escrito que no se permita la visita de uno de los padres del niño o que se lo lleve del centro de cuidado infantil.
6. Recibir del licenciatario el nombre, la dirección y el número de teléfono de la oficina local de licencias.

Nombre de la oficina de licencias: COMMUNITY CARE LICENSING DIVISION

Dirección de la oficina de licencias: 2525 Natomas Park. SUITE 250, SACRAMENTO, CA 95834

Teléfono de la oficina de licencias #: 916.263.5744

7. Ser informado por el titular de la licencia, previa solicitud, del nombre y tipo de asociación con el centro de cuidado infantil de cualquier adulto al que se le haya concedido una exención de antecedentes penales, y el derecho para obtener el nombre de la persona a través de la oficina local de licencias.
8. Recibir del licenciatario el formulario del Proceso de verificación de antecedentes del personal de atención.

AVISO: LA LEY DEL ESTADO DE CALIFORNIA ESTABLECE QUE EL TITULAR DE LA LICENCIA PUEDE DENEGAR EL ACCESO AL CENTRO DE CUIDADO INFANTIL A UN PADRE/REPRESENTANTE AUTORIZADO SI EL COMPORTAMIENTO DEL PADRE/REPRESENTANTE AUTORIZADO SUPONE UN RIESGO PARA LOS NIÑOS BAJO CUIDADO DEL CENTRO.

Para acceder a la base de datos de "Delincuentes sexuales registrados" del Departamento de Justicia, vaya a: www.meganslaw.ca.gov

ACUSE DE RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS PADRES

(Se requiere la firma del padre/representante autorizado)

Yo, el padre/representante autorizado de Nombre del niño: _____,
he recibido una copia de la «NOTIFICACIÓN DEL CENTRO DE CUIDADO INFANTIL SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES» y el formulario de PROCESO DE VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES DEL PERSONAL DE ATENCIÓN del titular de la licencia.

PROGRAMA PREESCOLAR DEL ESTADO DE CALIFORNIA DE FCUSD

Nombre del centro de cuidado infantil

Firma (padre/representante autorizado)

Fecha

AVISO: Este acuse de recibo debe conservarse en el expediente del niño y se debe entregar una copia de la notificación al padre/representante autorizado.

Para acceder a la base de datos de "Delincuentes sexuales registrados" del Departamento de Justicia, vaya a: www.meganslaw.ca.gov

DERECHOS PERSONALES

Centros de cuidado infantil

Derechos personales, consulte la sección 101223 para conocer las condiciones de exención aplicables a los centros de cuidado infantil.

(a) Centros de cuidado infantil. Todo niño que reciba servicios de un centro de cuidado infantil tendrá los siguientes derechos, entre otros:

- (1) Que se le trate con dignidad en sus relaciones personales con el personal y otras personas.
- (2) A que se le proporcionen instalaciones, mobiliario y equipo seguros, aptos para la salud y cómodos que se ajusten a sus necesidades.
- (3) No ser sometido a castigos corporales o inusuales, infligir dolor, humillación, intimidación, ridiculización, coerción, amenaza, abuso mental u otras acciones de naturaleza punitiva, incluyendo, pero no limitado a: interferencia con las funciones de la vida diaria, incluyendo comer, dormir o ir al baño; o privación de vivienda, ropa, medicamentos o ayudas para el funcionamiento corporal.
- (4) Ser informado, y, en su caso, informar a su representante autorizado, por el licenciario de las disposiciones legales relativas a la presentación de quejas, incluyendo, pero sin limitarse a, la dirección y el número de teléfono de la unidad de recepción de quejas de la agencia de licencias y la información sobre la confidencialidad.
- (5) Asistir libremente a los servicios religiosos o actividades de su elección y recibir visitas del consejero espiritual de su elección. La asistencia a los servicios religiosos ya sea dentro o fuera de las instalaciones, será completamente voluntaria. En los centros de cuidado infantil, las decisiones relativas a la asistencia a los servicios religiosos o a las visitas de los consejeros espirituales serán tomadas por los padres o tutores del niño.
- (6) No ser encerrado en ninguna habitación, edificio o instalaciones de día o de noche.
- (7) No ser sujetado con ningún dispositivo de inmovilización, excepto con un sistema de sujeción de apoyo aprobado previamente por la agencia de licencias.

EL REPRESENTANTE, PADRE O TUTOR TIENE DERECHO A SER INFORMADO DE LA AGENCIA DE LICENCIAS A LA QUE DEBE DIRIGIRSE EN CASO DE QUE REQUIERA PRESENTAR UNA QUEJA, LA CUAL ES:

NOMBRE

COMMUNITY CARE LICENSING DIVISION

DIRECCIÓN

774 P Street

CIUDAD

SACRAMENTO, CA

CÓDIGO POSTAL

95814

CÓDIGO DEL ÁREA/ NÚMERO DE TELÉFONO

916.651.6040

CORTE AQUÍ

PARA: PADRE/TUTOR/NIÑO O REPRESENTANTE AUTORIZADO:

INCLUIR EN EL EXPEDIENTE DEL NIÑO

Tras la plena y satisfactoria divulgación de los derechos personales tal y como se han explicado, complete el siguiente acuse de recibo:

ACUSE DE RECIBO: Yo/nosotros hemos sido informados y durante la admisión recibimos una copia de los derechos personales contenidos en el Código de Regulaciones de California, Título 22:

(ESCRIBA EL NOMBRE DEL CENTRO)

FCUSD State Preschool Program

(ESCRIBA LA DIRECCIÓN DEL CENTRO)

1965 Birkmont Dr. Rancho Cordova, CA 95742

(ESCRIBA EL NOMBRE DEL NIÑO)

(FIRMA DEL REPRESENTANTE/PADRE/TUTOR)

(TÍTULO DEL REPRESENTANTE/PADRE/TUTOR LEGAL. Es decir, madre/padre/tutor legal)

(FECHA)

INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL DEL ESTUDIANTE

ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Nombre del médico: _____ Teléfono: (____) _____

Nombre del seguro médico / Número de identificación del paciente: _____

¿Su hijo toma algún medicamento? * ☐ No ☐ Si

¿En la escuela? ☐ No ☐ Si

Especifique el nombre del medicamento y la dosis: _____

Recetado por - nombre del médico: _____

*Póngase en contacto con el personal de la oficina para obtener un formulario de *administración de medicamentos*, necesario para administrar cualquier medicamento en la escuela.

ALERTA MÉDICA

- ☐ No hay problemas de salud conocidos
- ☐ Asma
- ☐ Diabetes
- ☐ Problemas de audición
- ☐ Problemas cardíacos
- ☐ Trastorno convulsivo
- ☐ Problemas de visión
 - _____ Lentes
 - _____ Lentes de contacto
- ☐ Otros problemas de salud: (*especifique*)

ALERGIAS

- ☐ Picadura de abeja
_____ Reacción local (picazón, inflamación)
_____ Grave, requiere tratamiento de emergencia o medicamento
- ☐ Medicamentos a los que su hijo es alérgico: (*especifique*)

- ☐ Alimentos a los que su hijo es alérgico (*especifique*)

- ☐ Otras alergias:

Describa la reacción:

Nombre del dentista: _____ Teléfono: (____) _____

Para garantizar la salud y la seguridad de su hijo, la información médica que ha compartido anteriormente será revisada por la enfermera del centro y el administrador, quienes solo revelarán esta información al personal que la necesite para realizar su trabajo.

En caso de accidente o enfermedad imprevista, cuando uno de los padres o el tutor no esté disponible, autorizo a un representante de la escuela para que obtenga atención médica para mi hijo, incluyendo el transporte necesario, de acuerdo con su mejor criterio. Autorizo además al médico nombrado anteriormente para que le proporcione la atención y el tratamiento que considere necesarios. Si el médico designado no está disponible, autorizo para que un médico o cirujano certificado, elegido por el representante de la escuela, quien recibirá la información de esta tarjeta, brinde el cuidado y tratamiento necesario. Acepto pagar todos los costos incurridos como resultado de lo anterior.

El Distrito Escolar Unificado de Folsom Cordova, en colaboración con los Departamentos de Servicios de Salud y Educación de California, cuenta con un programa que permite al Distrito recibir reembolsos con fondos federales de Medicaid por determinados servicios de salud prestados a estudiantes elegibles en la escuela. De acuerdo con las normas y directrices de la Agencia Local de Educación, le notificamos que los expedientes de los estudiantes que cumplan los requisitos podrán ser remitidos, de manera confidencial, a la agencia encargada de la facturación del Distrito. Nuestro proveedor tiene un contrato con el Distrito que contiene una cláusula de confidencialidad específica para garantizar que la información no se divulgue de forma inapropiada; además, nuestro proveedor cumple con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés).

Nombre del padre/tutor legal

Firma del padre/tutor

Fecha

INFORME MÉDICO — CENTROS DE CUIDADO INFANTIL

(EVALUACIÓN DE SALUD PREVIA A LA ADMISIÓN DEL NIÑO)

PARTE A – CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES (A SER COMPLETADO POR LOS PADRES)

, nacido está siendo estudiado para determinar

(NOMBRE DEL NIÑO)(FECHA DE NACIMIENTO)

su competencia para entrar a . Este centro infantil/escuela ofrece

(NOMBRE DEL CENTRO INFANTIL/ESCUELA)

un horario que comienza de las : a.m./p.m. y termina a las : a.m./p.m., días de la semana.

Por favor, proporcione un reporte del niño cuyo nombre aparece anteriormente utilizando el siguiente formulario. Por medio del presente autorizo la divulgación de la información médica contenida en este reporte al centro infantil mencionado anteriormente.

(FIRMA DEL PADRE, TUTOR O REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL MENOR)

(FECHA DE HOY)

PARTE B – INFORME MÉDICO (A SER COMPLETADO POR EL MÉDICO)

Problemas que debemos tener en cuenta:

Audición:

Alergias/medicinas:

Visión:

Picaduras de insectos:

Desarrollo:

Comida:

Lenguaje/Habla:

Asma:

Dental:

Otros (Incluya problemas de conducta.):

Comentarios/Explicaciones:

MEDICAMENTOS RECETADOS/RUTINAS ESPECIALES/RESTRICCIONES PARA EL NIÑO:

HISTORIAL DE VACUNACIÓN: (Complete o adjunte el Registro de vacunación de California., PM-298.)

VACUNA		FECHA EN LA QUE SE ADMINISTRÓ CADA DOSIS									
		1ra		2da		3ra		4ta		5ta	
POLIO (OPV O IPV)		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
DTP/DTaP/	(DIFTERIA, TÉTANOS Y	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
DT/Td	[ACELLULAR] PERTUSSIS O TÉTANOS Y DIFTERIA SOLAMENTE)										
MMR (SARAMPIÓN, PAPERAS Y RUBÉOLA)		/	/	/	/						
(SE REQUIERE SOLO PARA EL CENTRO INFANTIL)		/	/	/	/	/	/	/	/		
MENINGITIS HIB (HEMOPHILUS B)											
HEPATITIS B		/	/	/	/	/	/				
VARICELA (VIRUELA LOCA)		/	/	/	/						

EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DE TUBERCULOSIS (lista en el reverso)

☐ No hay factores de riesgo; no se requiere prueba cutánea de tuberculosis.

☐ Factores de riesgo presentes; prueba cutánea de Mantoux para tuberculosis realizada (a menos que se haya documentado una prueba cutánea positiva previa).

No se ha detectado tuberculosis transmisible.

Yo he ☐ Yo no he ☐ revisado la información anterior con el padre/tutor.

Médico: Fecha del examen físico:

Dirección: Fecha en que se completo esta forma

Teléfono: Firma

☐ Médico ☐ Asistente médico ☐ Enfermera especializada

Los padres deben mostrar el registro de vacunación de sus hijos como prueba de que están vacunados (inyecciones) antes de comenzar el preescolar (centro infantil) y en cada control de edad después de la admisión.:

Edad al inicio/punto de control	Dosis necesarias
2–3 meses	1 Polio 1 DTaP 1 Hep B 1 Hib
4-5 mese	2 Polio 2 DTaP 2 Hep B 2 Hib
6-14 mese	2 Polio 3 DTaP 2 Hep B 2 Hib
15-17 meses	3 Polio 3 DTaP 2 Hep B 1 Hib* (en o después del primer cumpleaños) 1 Varicella 1 MMR (en o después del primer cumpleaños)
18 Months–5 Years	3 Polio 4 DTaP 3 Hep B 1 Hib* (en o después del primer cumpleaños) 1 Varicella 1 MMR (en o después del primer cumpleaños)

* Se debe administrar una dosis de Hib a partir del primer cumpleaños, independientemente de las dosis anteriores. Solo es necesario para niños menores de 5 años.

DTaP = vacuna [diphtheria toxoid](#), [tetanus toxoid](#), y [pertussis acellular](#)

Hep B =vacuna [hepatitis B](#)

Varicela =vacuna [viruela loca](#)

Hib =vacuna [Hemophilus influenza, tipo B](#)

MMR =vacuna [sarampión, paperas](#), y [rubiola](#)