

Inscripciones para el Programa Preescolar Estatal

Nuestro distrito ofrece preescolar de medio tiempo gratis (8:30 am-11:30 am) para familias que cumplan con las pautas de ingreso. Se da prioridad a los niños que tienen o tendrán 4 años antes del 1 de diciembre. Si su hijo tiene un IEP actual y su familia supera las pautas de ingresos, puede solicitar nuestro programa. Prioridad se da a niños de 4 años que cumplen con los criterios de ingresos, pero podemos agregarlos en una lista de intereses en caso de que tengamos vacantes. Los estudiantes deben estar entrenados para ir al baño.

Pautas de ingresos para Programas de cuidado y desarrollo infantil

Tamaño de Familia	Ingreso Familiar Mensual	Ingreso Familiar Anual
1-2	\$5,540	\$66,479
3	\$6,157	\$73,885
4	\$7,069	\$84,822
5	\$8,199	\$98,393
6	\$9,330	\$111,965
7	\$9,542	\$114,509
8	\$9,755	\$117,054
9	\$9,967	\$119,598
10	\$10,179	\$122,143
11	\$10,391	\$124,687
12	\$10,603	\$127,232

Se requieren los siguientes documentos para inscribirse en el Programa Preescolar Estatal:

- Formularios de Inscripción Estudiantil completados. Incluyendo la forma de Auto Declaración Propia de Ingresos para cada uno de los adultos incluidos en el tamaño familiar.
- Acta de nacimiento de todos los niños de la familia.
- Registro de las vacunas (todas las vacunas deben realizarse antes de inscribirse).
- Comprobantes de domicilio recientes a nombre de los padres de familia / tutores legales:
Licencia de conducir o tarjeta de identificación válida del Departamento de Vehículos del padre de familia / tutor legal, copia del último recibo de pago de impuesto predial del Condado de San Diego, contrato de arrendamiento, recibos de servicios públicos: gas/luz, agua, drenaje, o basura, órdenes de vivienda militar, correspondencia de una agencia de gobierno. Si vive en una casa que no es suya, pida a la persona con la que vive que le proporcione una carta que indique que su familia reside actualmente en su casa. Pídales que incluyan cuánto está pagando el alquiler o si no está pagando ningún alquiler en este momento. La carta debe incluir una fecha, nombre y firma de la persona que escribe la carta. También deben proporcionarle un comprobante de domicilio actual bajo su nombre de la lista mencionada anteriormente.
- Comprobantes de ingresos (los últimos recibos mensuales de sueldo de cada adulto en el hogar, incluyendo pagos de Seguro Social, subsidios de desempleo, pagos de CalWorks o CalFresh manutención de los hijos, si aplica).

Una vez que haya completado la solicitud de preescolar y tenga toda la documentación necesaria, programe una cita. Las familias serán atendidas sólo con cita previa. Para cualquier pregunta, llame al (619) 771-6082. Nuestro domicilio es 4811 Glen Street, La Mesa CA 91941.

Escuelas con salones preescolares:

Avondale - Lic 376600515 Bancroft - Lic 376700372 Kempton- Lic 376701229 La Mesa Dale - Lic 376600883
La Presa - Lic 376600177 Rancho - Lic 370806360 Sweetwater Springs - Lic 376700483



La Mesa-Spring Valley Schools

INSCRIPCIÓN ESTUDIANTIL

Escuela _____

INFORMACIÓN ESTUDIANTIL		<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Niña	Grado _____	
Apellido (Legal) _____		Nombre de pila (Legal) _____		Segundo nombre (Legal) _____	
Apodo (si tiene alguno) _____		¿Está el alumno en el Sistema de Acogida (Foster Care)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
		¿Es el alumno dependiente del sistema militar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Domicilio (Residencia) _____	# de Depto./Unidad _____	Ciudad _____	Estado _____	Zona Postal _____	
Fecha de Nacimiento _____	Ciudad Natal _____	Estado Natal/País _____	Número telefónico principal _____	<input type="checkbox"/> Privado	

Residencia Principal del Padre de Familia/Tutor Legal						Reside con el alumno <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Padre de familia	<input type="checkbox"/> Padrastro	<input type="checkbox"/> Tutor legal	<input type="checkbox"/> Padre de Acogida	<input type="checkbox"/> Otro _____			
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino						
1.) _____		_____		_____			
Apellido		Nombre de Pila		Segundo Nombre			
Empleo: _____		Celular: _____					
Otro: _____		Email: _____					
Padre/Tutor Legal Nivel de Educación	<input type="checkbox"/> No graduado de preparatoria (14)	<input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria/GED (13)	<input type="checkbox"/> Algo de universidad (12)	<input type="checkbox"/> Graduado universitario (11)	<input type="checkbox"/> Escuela Posgrado/ Graduado Posgrado (10)	<input type="checkbox"/> No Responde (15)	

Residencia Principal de Madre de Familia/Tutor Legal						Reside con el alumno <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Padre de familia	<input type="checkbox"/> Padrastro	<input type="checkbox"/> Tutor legal	<input type="checkbox"/> Padre de Acogida	<input type="checkbox"/> Otro _____			
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino						
2.) _____		_____		_____			
Apellido		Nombre de Pila		Segundo Nombre			
Empleo: _____		Celular: _____					
Otro: _____		Email: _____					
Madre/Tutor Legal Nivel de Educación	<input type="checkbox"/> No graduado de preparatoria (14)	<input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria/G ED (13)	<input type="checkbox"/> Algo de universidad (12)	<input type="checkbox"/> Graduado universitario (11)	<input type="checkbox"/> Escuela Posgrado/ Graduado Posgrado (10)	<input type="checkbox"/> No Responde (15)	

Programa/Disciplina/Asistencia Estudiantil							
¿Ha asistido su niño al programa de Temprana Admisión a Kindergarten (EAK)?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Año _____	Escuela _____		
¿Alguna vez ha asistido su niño al Programa de Kindergarten Transicional (TK)?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Año _____	Escuela _____		
¿Alguna vez ha calificado su niño para el Programa de Educación Especial?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Año _____	Escuela _____		
¿Alguna vez ha calificado su niño para el Programa GATE?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Año _____	Escuela _____		
¿Ha sido el alumno referido al Consejo Administrativo de Asistencia Escolar Equipo de Revisión de Asistencia Escolar (SART/SARB)?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Año _____	Escuela _____		
¿Ha sido el alumno referido al Panel de Revisión Administrativa (ARP) o a una Audiencia de Expulsión?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Año _____	Escuela _____		

Servicios de Transporte Estudiantil de Antes/Después de Clases		
¿Toma el autobús? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Extensión de Servicios Escolares (ESP)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Papás lo recogen? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

This section is to be filled in by the school. Includes	Perm ID #	Teacher/Counselor	Enter Date	Inter (Dist)	Intra (Sch)
<input type="checkbox"/> Birth Certificate <input type="checkbox"/> Shots <input type="checkbox"/> Physical <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> 2 proofs address <input type="checkbox"/> IEP Y/N? <input type="checkbox"/> Lang Assess Y/N?					

HISTORIAL ESTUDIANTIL

Escuela _____ Grado _____

Apellido (Legal) _____

Nombre de Pila (Legal) _____

Segundo Nombre (Legal) _____

Fecha de nacimiento del alumno _____

Nombre de papá o mamá _____

ESCUELAS QUE HA ASISTIDO EL ALUMNO

Última escuela que asistió	Domicilio	Ciudad	Estado	Zona Postal	Teléfono
----------------------------	-----------	--------	--------	-------------	----------

¿Cuándo fue su niño inscrito en una escuela de **EE.UU. y/o de California**?

Escuela de EUA	_____	Escuela de California	_____
	mes / día / año		mes / día / año

¿Cuál fue la **última escuela de California** donde asistió su niño? _____
Escuela y/o Distrito¿Ha asistido su niño a una escuela de La Mesa-Spring Valley previamente? **Sí** **No** _____
escuela(s) año(s) grado(s)

School Use Only- FAX this Student History page if the answer to any of the 4 questions on the New Home Language Survey, (Separate Document) is not English, to the LAD (619-668-6671)
Date faxed _____

ID# _____

ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA QUE SE HABLA EN CASA (documento aparte) :

Si es nuevo a las escuelas de La Mesa-Spring Valley, favor de llenar la encuesta de idiomas.

Correspondencia (CorrLng)¿Cuál idioma prefiere Ud. para recibir llamadas telefónicas y avisos/correspondencia? **Inglés** **Español****ORIGEN ÉTNICO/RAZA****Parte A.** ¿Es este alumno hispano o latino? (*Escoja sólo uno*)

- No, ni hispano ni latino
 Sí, hispano o latino (5)

La definición de origen étnico hispano/latino es "una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, América del sur o central, u otra cultura española, sin importar la raza."
 -De: www.cde.ca.gov/ds/td/lo/refaq.asp

La pregunta de la parte anterior es sobre origen étnico, no raza. Sea cual sea su selección arriba, **favor de seguir contestando lo siguiente**, marque una o más casillas para indicar lo que Ud. considera que es la raza del alumno.**Parte B.** ¿Cuál es la raza del alumno? (*Selecciones un o más*)

- Asiático:
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chino (2-01) | <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano (6) |
| <input type="checkbox"/> Japonés (2-02) | <input type="checkbox"/> Blanco (7) |
| <input type="checkbox"/> Coreano (2-03) | <input type="checkbox"/> Indígenas americanos o Nativos de Alaska (1) |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita (2-04) | |
| <input type="checkbox"/> Indoasiático (2-05) | |
| <input type="checkbox"/> Laosiano (2-06) | Nativo de Hawái u otras Islas del Pacífico: |
| <input type="checkbox"/> Camboyano (2-07) | <input type="checkbox"/> Hawaiano (3-01) |
| <input type="checkbox"/> Hmong (2-08) | <input type="checkbox"/> Guamano (3-02) |
| <input type="checkbox"/> Otro asiático (2-99) | <input type="checkbox"/> Samoano (3-03) |
| <input type="checkbox"/> Filipino (4) | <input type="checkbox"/> Tahitiano (3-04) |
| | <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico (3-99) |

¿Cuáles son las definiciones federales de las categorías de raza?

"Nativoamericano o nativo de Alaska: Una persona con orígenes de cualquiera de las gentes originales de Norte y Sur América (incluyendo Centro América), y quienes mantiene afiliación tribal o apego de comunidad.

Asiático: Una persona con orígenes de cualquiera de las gentes originales del Extremo Oriente, Sudeste Asiático, o el subcontinente de India, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malaysia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam.

Negro o Afroamericano: Una persona con orígenes de cualquier grupo de raza negra de África.

Nativo de Hawái o Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico: Una persona con orígenes de cualquiera de las gentes originales de Hawái, Guam, Samoa, u otras islas del Pacífico.

Blanco: Una persona con orígenes de cualquiera de las gentes originales de Europa, el Medio Este o África del Norte."
 -De: www.cde.ca.gov/ds/td/lo/refaq.asp

TRABAJO MIGRANTE—¿Está Ud. en este momento o ha estado ejerciendo un trabajo migrante (mudado y trabajado temporalmente en agricultura, madera, o trabajos relacionados a la pesca) en los últimos tres años? **Sí** **No**

INFORMACIÓN SUPLEMENTARIA DEL ESTUDIANTE			Escuela _____	Grado _____
Apellido (Legal) _____	Nombre de Pila (Legal) _____	Segundo Nombre (Legal) _____		

SEGUNDA RESIDENCIA Y/O DIRECCIÓN POSTAL PARA EL ALUMNO				
<i>Llene esta sección si es necesario enviar calificaciones adicionales, etc.</i>				
			<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
Apellido _____	Nombre de Pila _____		Inicial de Segundo Nombre _____	
Domicilio _____	# de Depto./Unidad _____	Ciudad _____	Estado _____	Zona Postal _____
Motivo por envíos adicionales _____	Relación al alumno _____		Domicilio de Correo Electrónico (Email) _____	
Número telefónico principal <input type="checkbox"/> Privado	Teléfono de Empleo _____	Celular _____	Otro _____	

CONTACTOS DE EMERGENCIA—El Código de Educación 49408 requiere que Ud. proporcione los nombres de las personas a quienes contactar en caso de emergencia y que están autorizadas para permitirles llevarse al niño en caso de emergencia, si no podemos comunicarnos con los padres/tutor legal.

<p>CONTACTO DE EMERGENCIA #1</p> <p>Nombre de Pila _____ Apellido _____</p> <p>Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____</p> <p>Teléfono de casa _____ Relación al alumno _____</p> <p>Teléfono de empleo _____ Celular _____</p>	<p>CONTACTO DE EMERGENCIA #2</p> <p>Nombre de Pila _____ Apellido _____</p> <p>Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____</p> <p>Teléfono de casa _____ Relación al alumno _____</p> <p>Teléfono de empleo _____ Celular _____</p>
<p>CONTACTO DE EMERGENCY #3</p> <p>Nombre de Pila _____ Apellido _____</p> <p>Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____</p> <p>Teléfono de casa _____ Relación al alumno _____</p> <p>Teléfono de empleo _____ Celular _____</p>	<p>CONTACTO DE EMERGENCIA #4</p> <p>Nombre de Pila _____ Apellido _____</p> <p>Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____</p> <p>Teléfono de casa _____ Relación al alumno _____</p> <p>Teléfono de empleo _____ Celular _____</p>

CERTIFICACIÓN DE PADRE DE FAMILIA/TUTOR LEGAL

Yo afirmo bajo castigo de perjurio que las declaraciones indicadas en este formulario son verdaderas y correctas y que los documentos que he presentado correctamente representan la residencia del alumno que estoy inscribiendo.

Firma de padre de familia/Tutor Legal

Fecha

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL ALUMNO Escuela _____ Grado _____

Apellido (Legal) _____ Nombre de Pila (Legal) _____ Segundo Nombre (Legal) _____

OTROS NIÑOS & ADULTOS—Escriba los nombre de otros niños Y adultos (no los padres) que viven con el alumno.

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación al alumno	¿Asiste a una escuela de La Mesa-Spring Valley?	
1. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
4. _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

INFORMACIÓN DE CUSTODIA

Nombre(s) de padre o madre con custodia/Tutor legal _____

- El niño vive con uno o con ambos de sus padres/tutor legal en la misma residencia. No existen asuntos de custodia.
- El niño vive con uno o con ambos de sus padres/tutor legal en residencias separadas. No existen asuntos de custodia.

—O—

- Existen asuntos legales de custodia – Favor de proveer la información a continuación:
 ¿Quién tiene la custodia legal?: Padre Madre Otro _____
 Nombre/Relación al alumno _____
 Orden de alejamiento (vigente) No Sí Si responde “Sí”, fecha de vencimiento _____
 Orden Judicial archivada en la oficina de la escuela No Sí
 Fecha de Orden Judicial _____

La escuela tiene la responsabilidad del bienestar del niño durante el día escolar, pero sólo puede funcionar de acuerdo a la ley cuando es adecuadamente informada. Si los padres de un niño están separados, el distrito escolar debe ser informado sobre (1) quién tiene la custodia del niño y; (2) cuál persona o personas están autorizadas a ver al niño o transportar al niño de la escuela. Si existe una orden de alejamiento vigente que deniega a cualquiera de los padres el derecho de ver o tener contacto con el niño, **debe** haber una orden judicial archivada en la oficina de la escuela. Los tribunales deben encargarse de las controversias de custodia. **La escuela no tiene jurisdicción legal para rechazar a un padre biológico de tener acceso de su niño y/o de sus expedientes escolares.**

La única excepción es cuando la escuela tiene archivados en su oficina los documentos firmados de una orden de alejamiento o papeles de divorcio o custodia que específicamente indican las limitaciones de los derechos de visita por orden judicial. Si cualquiera de dichas situaciones se convierte en un problema para la escuela, se contactará al Departamento del Sheriff y se solicitará la intervención de policía.

La escuela intentará comunicarse con el padre que tiene la custodia cuando el otro padre o persona que no esté en la lista de contactos de emergencia intente recoger a su niño.

Leí y entiendo la declaración susodicha.

Firma de padre(madre) de familia/Tutor legal

Fecha

La Mesa-Spring Valley School District

Imposición de las Leyes de Asistencia establecidas por el Código de Educación de California

Se requiere comprobante de residencia antes que el alumno pueda asistir a clase.

La falsificación de cualquier información o documentos requeridos para esta verificación resultará en la inmediata revocación de la inscripción del alumno. Domicilio de residencia está sujeto a verificación.

Nombre del padre en imprenta _____	Teléfono de casa _____	Celular _____	Teléfono de empleo _____
------------------------------------	------------------------	---------------	--------------------------

Favor de llenar la Parte I o Parte II para verificar residencia.

PARTE I—Verificación de Residencia			
Circule uno: Soy Padre(Madre)/Tutor legal/Padre de acogida/Pariente/Menor emancipado/ o Proveedor de cuidado			
Yo afirmo que mi niño(a) _____, reside en el siguiente domicilio:			
Domicilio _____	# de Depto./Unidad _____	Ciudad _____	Zona Postal _____
Quiero inscribir al alumno en: _____ (Nombre de escuela)			
Firma _____		Fecha _____	
Anexas están las copias de dos documentos de la lista a continuación, verificando el domicilio de residencia indicado arriba.			

PARTE II—Declaración jurada de residencia y responsabilidad			
Yo/Nosotros soy/somos dueño/s o alquilo/alquilamos mi/nuestra casa/departamento: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre del alumno _____		Padres/Tutor legal _____	
Domicilio _____	# de Depto./Unidad _____	Ciudad _____	Estado _____ Zona Postal _____
_____ (Nombre de escuela)			
Certifico bajo pena de perjurio que el niño y/o sus padres/tutor legal susodichos residen en mi casa propia o alquilada por mí.			
Dueño/Arrendatario de residencia _____			
Escriba su nombre en letra de imprenta			
Firma _____		Fecha _____	
Anexas están las copias de dos documentos de la lista a continuación, verificación de residencia del domicilio susodicho en el nombre del dueño o arrendatario.			

Comprobantes de Residencia:	
<ul style="list-style-type: none"> a. Válida licencia de conducir de California del padre de familia/tutor legal. b. Tarjeta de identificación del Dpto. de Vehículos del padre de familia/tutor legal. c. Las escrituras o documentos de plica (escrow papers). d. Copia de una factura actual de impuestos de propiedad del Condado de San Diego. e. Contrato de renta que incluya las firmas del dueño y arrendatario. f. Copias actuales de las facturas mensuales o recibos de instalación de gas, electricidad, cable de tele, agua/alcantarillado, basura y/o teléfono. 	<ul style="list-style-type: none"> g. Recibo de una compañía de mudanzas de artículos domésticos o recibo que muestre la entrega de un recién comprado electrodoméstico grande o muebles. h. Órdenes de vivienda militar. i. Talón del cheque de pago con domicilio. j. Registración de votante. k. Correspondencia de una agencia del gobierno.

FOR OFFICE USE ONLY	
Residence Verification —In order to verify school area/residence, parents or guardians must provide <i>two</i> of the following documents. Check and attach those provided. If an Affidavit of Residency and Responsibility has been submitted, two of the listed documents must be presented to verify residency in the name of owner/renter. Falsification of any information or documents required for verification will result in immediate revocation of registration for the student(s). Residence subject to verification.	
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> a. Parent/guardian's valid California Driver's License. <input type="checkbox"/> b. Parent/guardian's Department of Motor Vehicles Personal Identification Card. <input type="checkbox"/> c. Deed to a home or closing escrow papers. <input type="checkbox"/> d. Copy of receipt of current San Diego County property tax bill. <input type="checkbox"/> e. Rental agreement including registered owner and renter's signatures. <input type="checkbox"/> f. Copies of current month's bills or installation receipts for gas, electric, cable TV, water/sewer, trash, and/or telephone. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> g. Receipt from moving company for moving household goods or receipt showing delivery of newly purchased major appliance or furniture. <input type="checkbox"/> h. Military housing orders. <input type="checkbox"/> i. Paystub with address. <input type="checkbox"/> j. Voter registration. <input type="checkbox"/> k. Correspondence from a government agency.
Signature of verifying party _____	Date _____
S-26 Ed. Services (Rev. 6/11)	

La Mesa-Spring Valley School District
DECLARACIÓN JURADA DE RESIDENCIA TRANSICIONAL

(SITE: PLEASE IMMEDIATELY FAX COMPLETED FORM TO STUDENT SERVICES AT 668-8398 AND CHILD NUTRITION 668-5859)

Esta declaración jurada es para dirigir los requisitos de la Ley de Educación Primaria & Secundaria de McKinney-Vento, Título X, Parte C. La información a continuación ayudará a determinar si el alumno cumple la definición "en transición" (no una residencia de noche permanente)

INFORMACIÓN ESTUDIANTIL Escuela _____ Grado _____ PERM ID _____	
Apellido (Legal) _____	Nombre de Pila (Legal) _____
Segundo Nombre (Legal) _____	

INFORMACIÓN DE RESIDENCIA TRANSICIONAL

Escuela _____ Fecha: _____

1. Presentemente, ¿Usted y/o su familia está/n viviendo en alguna de las siguientes situaciones?

<input type="checkbox"/> En un refugio <input type="checkbox"/> Vivimos con otra persona o familia por pérdida de vivienda, etc. <input type="checkbox"/> Vivimos en un hotel/motel <input type="checkbox"/> Vivimos en: coche, RV, parque, campamento, edificio abandonado, u otra vivienda inadecuada <input type="checkbox"/> Hogar de acogida <input type="checkbox"/> Vive(n) solo(s) como alumno(s) menor(menores) sin ningún adulto (joven desamparado)	<input type="checkbox"/> Tengo residencia permanente (sáltese hasta la parte inferior y firme y feche este formulario).
---	---

2. Escribe en la tabla los nombres de todos los niños que viven con usted:

Apellido	Nombre de Pila	M / F	Fecha de nacimiento	Grado	Nombre de escuela

- Su niño tiene el derecho de:**
- Seguir asistiendo a la escuela que asistía antes de quedarse sin techo (escuela de origen)
 - Recibir transporte a la escuela de origen. (La elegibilidad es determinada por la *Mesa Directiva*)
 - Ser inscrito en la escuela sin dar un domicilio permanente y asistir a clases mientras que la escuela hace los arreglos sobre la transferencia de escuela, registros de vacunas, u otros documentos requeridos para inscribirse.
 - Recibir los mismos programas especiales y servicios, si son necesarios, tal como se les disponen a los demás niños que son servidos en estos programas.
 - Dirigir las controversias de inscripción inmediatamente.

Nombre(s) de Padre de familia/Tutor legal _____

Apellido Nombre de Pila

Actualmente vivimos en (domicilio o lugar) _____

Domicilio # de Depto./Unidad Ciudad Zona Postal

Teléfono _____ **Números telefónicos alternativos** _____

Mándese la correspondencia a _____

Domicilio # de Depto./Unidad Ciudad Zona Postal

Yo afirmo bajo castigo de perjurio bajo las leyes del Estado de California que a mi leal saber la presente información es verdadera y correcta.

Firma de Padre de familia/Tutor legal
Fecha

La Mesa-Spring Valley School District

REGISTRO DE PREVIA INSCRIPCIÓN EN EDUCACIÓN ESPECIAL

Nombre de alumno _____ Escuela _____

Fecha de nacimiento _____ Grado _____

Es importante que nosotros sepamos si su alumno recibió algún servicio de Educación Especial en sus previas escuelas. Favor de proporcionarnos la siguiente información porque nos ayudará a disponer de un ámbito educativo más apropiado para su alumno.

- Mi hijo/a no ha participado en ningún programa de educación especial.
- Mi hijo/a participó en uno o más programas de educación especial o servicios en
Escuela(s) _____
Distrito(s) Escolar _____

PROGRAM SERVICE RECEIVED AT OTHER SCHOOL DISTRICTS

	Año/Grado	Nombre de Maestro	Tipo de clase/Servicio
<input type="checkbox"/>			Clase Especial Diurna (SDC)
<input type="checkbox"/>			Programa de Especialista de Recursos (RSP)
<input type="checkbox"/>			Servicios del Habla/Lenguaje (SLP)
<input type="checkbox"/>			Educación Física Adaptada (APE)
<input type="checkbox"/>			Servicios de limitaciones auditivas (HI)
<input type="checkbox"/>			Servicios de limitaciones ortopédicas (OI)
<input type="checkbox"/>			Servicios de limitaciones visuales (VI)

Información adicional	_____

 Firma de padre de familia/Tutor legal _____
 Fecha

ENCUESTA SOBRE EL LENGUAJE, EL HABLA, Y AUDICIÓN

El uso adecuado de lenguaje es fundamental para el currículo escolar. Las dificultades con lenguaje, el habla o audición con frecuencia dificultan las habilidades de un niño a prepararse para la lectura y pueden afectar su aprendizaje de lenguaje escrito, lectura, seguir las direcciones y escritura. Por este motivo, se evalúan las habilidades de lenguaje y del habla de los alumnos inscritos en nuestro Distrito. Nuestra **Encuesta sobre el lenguaje, el habla y audición** es utilizada para este propósito. Solicitamos su permiso para realizar este servicio.

Nombre de alumno _____ Nombre de papá/mamá _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Grado _____ Escuela _____

Su observación del lenguaje, el habla y audición de su niño nos será útil. Favor de contestar la siguiente información. Marque cualquier de los siguientes que constantemente corresponde a su niño.

INFORMACIÓN DEL HABLA Y LENGUAJE			
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	1.	Previamente recibió terapia del habla. Cuándo _____ Dónde _____
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	2.	Siempre es callado.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	3.	Casi nunca hace mucho sentido.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	4.	Tiene dificultad entendiendo y siguiendo o recordando las direcciones verbales.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	5.	Dificultad para expresar ideas.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	6.	Pronuncia mal los sonidos.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	7.	Dificultad de voz, e. g., excesiva nasalidad, calidad ronca.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	8.	Dificultad con la fluidez o tartamudeo.
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	9.	Tiene dificultad para escuchar.

INFORMACIÓN SOBRE LA AUDICIÓN			
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	1.	Infecciones al oído. Explique si contesta "Sí": _____
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	2.	Frecuentes dolores de oídos. Explique si contesta "Sí": _____
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	3.	Frecuentes resfriados y congestión nasal. Explique si contesta "Sí": _____
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	4.	Pérdida auditiva conocida. Explique si contesta "Sí": _____

Visto por, Dr./Dra. _____
Nombre & Domicilio de Doctor/a

Comentarios adicionales sobre cualquiera de sus respuestas susodichas _____

¿El padre(madre) de familia/Tutor legal otorga permiso para que la enfermera del Distrito Escolar u otro personal de LMSVSD realice la evaluación?

SÍ NO

Firma de Padre(Madre) de familia/Tutor legal _____ Fecha _____

La Mesa-Spring Valley School District REGISTRO DE SALUD

Nombre legal del alumno: Apellido _____ Nombre de Pila: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Padre/Tutor legal: Apellido _____ Nombre de Pila _____

Doctor _____ Nº de Telefónico de Dr.: _____

Actualmente no se conocen problemas de salud.
Yo notificaré a la oficina de salud de la escuela si cambia la condición de salud de mi niño.

Para obtener información sobre las opciones de seguro médico y ayuda para inscribirse contacte a:
www.coveredca.com o llame al 800-300-1506 (inglés) o al 800-300-0213 (español)

Favor de indicar el diagnóstico actual/significante previo historial:

Problemas de salud	Sí	No
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restricciones/limitaciones de actividades*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros problemas pulmonares/respiratorios*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas cardíacos*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Restricciones/limitaciones de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADHD/ADD (circule uno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamento en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes Tipo 1 / Tipo 2 (circule uno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnóstico de salud mental/Problemas*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de la vista*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lentes de contacto/Anteojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas auditivos*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aparato auditivo/Asiento especial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas neurológicos*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Convulsiones*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolores de cabeza/Migrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Graves lesiones en la cabeza/conmoción cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Problemas de salud	Sí	No
Enfermedades o lesiones óseas/ articulaciones /músculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limitaciones en educación física*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad inmunológica*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno hemorrágico*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas estomacales/gastrointestinales*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de riñones/vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias (incluye alergias a comidas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Si la alergia es LEVE , no requiere medicamento necesario.		
<input type="checkbox"/> Si la alergia es GRAVE , sí requiere medicamento necesario:		
<input type="checkbox"/> Epi-Pen <input type="checkbox"/> Benadryl		
¿A qué es alérgico su hijo?		
<input type="checkbox"/> Comida: (favor de indicar)		
Describa la reacción:		
<input type="checkbox"/> Medicamento: (favor de indicar)		
Describa la reacción:		
<input type="checkbox"/> Otro: (favor de indicar)		
Describa reacción:		

Explique las inquietudes sobre la salud con un asterisco (*): _____

Equipos/procedimientos/arreglos especiales: _____

Previas hospitalizaciones: Sí No Fecha(s): _____ Razón: _____

Medicamentos

Toma medicamento por una condición a largo plazo Sí No

Diagnóstico por el cual toma medicamento _____

Nombre y dosis de todos los medicamentos _____

¿Toma el medicamento durante el horario escolar? Sí No

Horario que toma medicamento en casa _____ y en la escuela _____

ALUMNOS QUE TOMEN CUALQUIER MEDICAMENTO EN LA ESCUELA DEBEN HACER PREVIOS ARREGLOS EN LA OFICINA DE SALUD DE LA ESCUELA

Entiendo que el personal del distrito puede compartir la información proporcionada en este informe con los miembros apropiados del equipo educativo para utilizarla en cumplir las necesidades de salud y educativas del alumno. Esto se hará solamente cuando sea necesario y en una manera confidencial. Entiendo que si no permito que se comparta esta información, debo solicitarlo por escrito y presentarlo a la Enfermera del Distrito en el Centro de Educación del Distrito Escolar de La Mesa-Spring Valley. Autorizo que el Distrito Escolar de La Mesa-Spring Valley someta la información al proveedor de facturación de la Agencia Educativa Local (LEA, por sus siglas en inglés) respecto a los servicios escolares de salud que fueron proveídos a mi niño para el motivo de recibir reembolso federal. Este reembolso ayuda a sufragar el costo por proveer estos servicios de salud. Toda información se mantiene confidencial.

Firma de Padre de familia/Tutor legal

Relación al alumno

Fecha



Estimado Padre de familia/Tutor legal:

La seguridad y bienestar de su niño son nuestras primeras prioridades. Para garantizar la seguridad de su niño en la cafetería, pedimos que nos informe sobre alguna alergia que tenga su niño.

Ahora servimos sándwiches integrales con crema de cacahuete y mermelada envueltos individualmente como una proteína vegetariana en las opciones del almuerzo.

Queremos asegurarles que tenemos establecidas muchas salvaguardias en todas las escuelas del Distrito Escolar de La Mesa-Spring Valley para prevenir alguna reacción alérgica:

- Los sándwiches están envueltos individualmente y marcados con fin de reducir los riesgos de los alimentos y prevenir que tengan contacto con otros alimentos.
- Un rótulo grande con imágenes de cacahuates y el paquete estará puesto enfrente de los sándwiches empaquetados.
- Habrá una luz de alerta en la computadora de la cafetería cuando se escanee una tarjeta de almuerzo de un niño que tiene alergias de algún alimento. Esto alertará a la cajera que pare y vea el platillo del niño.

Usted puede ayudar al Departamento de Nutrición de Niños al proporcionar la siguiente información sobre las alergias y entréguela en la cafetería de la escuela de su niño. Por favor recuerde llenar el formulario de Registro de Salud en la oficina de la escuela de su niño si aún no lo ha hecho.

Si tiene alguna pregunta o inquietudes, favor de llamarme al (619) 668-5764.

Atentamente,

Jill Whittenberg
Directora del Depto. de Nutrición de Niños

✱

INFORMACIÓN DE ALERGIAS
—DEVUELVA ESTA SECCIÓN DE LA HOJA EN LA CAFETERÍA DE LA ESCUELA DE SU NIÑO—

Nombre de alumno: _____

Escuela: _____

Nombre de maestro: _____

Favor de escribir a continuación todas las alergias:

Firma de Padre de familia/Tutor legal

Fecha



LA MESA-SPRING VALLEY SCHOOLS

ENCUESTA DEL IDIOMA EN EL HOGAR

Sólo se llena para los alumnos que son nuevos en las escuelas de La Mesa-Spring Valley

INFORMACION ESTUDIANTIL

Apellido (Legal)	Nombre de Pila (Legal)	Segundo Nombre (Legal)
Fecha de nacimiento del alumno _____ Grado <u>Preschool</u> Escuela _____		
Nombre de padre/madre o tutor _____		

Instrucciones para padres y tutores:

El *Código de Educación* de California contiene requisitos legales que guían a las escuelas a dar un examen de proficiencia en inglés a los estudiantes. El proceso comienza con determinar el idioma o idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Las respuestas a esta encuesta del idioma ayudarán al personal de la escuela saber si el estudiante debe tomar el examen. Esta información es esencial para que la escuela pueda proveer programas y servicios adecuados a los estudiantes.

Como padre o tutor, su cooperación es necesaria para cumplir con estos requisitos. Por favor responda a cada una de las cuatro preguntas siguientes de la forma más precisa posible. Para cada pregunta, escriba el nombre(s) del idioma(s) que corresponde en el espacio suministrado. Por favor, responda a todas las preguntas. Si contestó con error a las preguntas de esta encuesta de idioma, Ud. puede solicitar corrección de su respuesta antes de que la proficiencia de su estudiante sea evaluada.

1. *¿Qué idioma aprendió su hijo cuando empezó a hablar?* _____
2. *¿Qué idioma habla su hijo en casa con más frecuencia?* _____
3. *¿Qué idioma utilizan ustedes (los padres o tutores) con más frecuencia cuando hablan con su hijo?*

4. *¿Qué idioma se habla con más frecuencia entre los adultos en el hogar (padres, tutores, abuelos o cualquier otro adulto)?*

Por favor firme y feche este formulario en el espacio suministrado. Muchas gracias por su cooperación.

(Firma del padre/madre o tutor)

(Fecha)

FOR SCHOOL OFFICE USE ONLY		
SCHOOL _____	LMSVS PERM. ID _____	DATE FAXED _____
If the answer to any of the 4 questions on the Home Language Survey is not English, FAX this page along with the Student History page to the LAD (619-668-6671)		

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

7575 Metropolitan Dr Ste 110

CIUDAD

San Diego, CA

CÓDIGO POSTAL

92108

AREA/NÚMERO DE TELÉFONO

(619) 767-2200

SEPARÉ 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)

La Mesa-Spring Valley State Funded Preschool

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO)

4750 Date Ave La Mesa, CA 91942

(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)

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

DERECHOS DE LOS PADRES

Como padre/madre/representante autorizado, usted tiene derecho a:

1. Entrar e inspeccionar la guardería infantil (llamada "guardería" de aquí en adelante) sin notificación previa, en cualquier momento en el cual los niños estén bajo cuidado.
2. Presentar una queja con la oficina de licenciamiento en contra de la persona con licencia y revisar el expediente público que la oficina de licenciamiento tenga de la persona con licencia.
3. Revisar, en la guardería, los reportes sobre las visitas a la guardería por parte de la oficina de licenciamiento y las quejas comprobadas en contra de la persona con licencia que se hayan presentado durante los últimos tres años.
4. Quejarse con la oficina de licenciamiento e inspeccionar la guardería sin que se discrimine ni que se tomen represalias en contra de usted ni de su hijo.
5. Pedir por escrito que no se le permita a un padre/madre que visite al niño de usted ni que se lo lleve de la guardería, siempre y cuando usted haya presentado una copia certificada de la orden de la corte.
6. Recibir de la persona con licencia el nombre, dirección y número de teléfono de la oficina local de licenciamiento.

Nombre de la oficina de licenciamiento: Community Care Licensing

Dirección de la oficina de licenciamiento: 7575 Metropolitan Dr Ste 110 San Diego, CA 9210

Número de teléfono de la oficina de licenciamiento: (619) 767-2200

7. Después de haberlo solicitado, que la persona con licencia le informe del nombre y tipo de asociación con la guardería de cualquier persona adulta a quien se le haya otorgado una exención en relación a sus antecedentes penales, y que el nombre de la persona también se puede obtener comunicándose con la oficina local de licenciamiento.
8. Recibir de la persona con licencia, el formulario sobre el proceso para la revisión de los antecedentes de los proveedores de cuidado.

NOTA: LA LEY ESTATAL DE CALIFORNIA ESTIPULA QUE LA PERSONA CON LICENCIA PUEDE NEGAR EL ACCESO A LA GUARDERÍA AL PADRE/MADRE/REPRESENTANTE AUTORIZADO SI SU COMPORTAMIENTO PONE EN RIESGO A LOS NIÑOS BAJO CUIDADO.

Para ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (conocida en inglés como "Registered Sex Offender Database"), vaya a www.meganslaw.ca.gov

LIC 995 (SP) (9/08)

(Separe aquí. Dele esta porción a los padres.)

CONFIRMACIÓN DE HABER RECIBIDO LA NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES (Se requiere la firma del padre/madre/representante autorizado.)

Yo, el padre/madre/representante autorizado de _____, he recibido, de la persona con licencia, una copia de la "NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LAS GUARDERÍAS INFANTILES" y el formulario sobre el PROCESO PARA LA REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES DE LOS PROVEEDORES DE CUIDADO.

La Mesa-Spring Valley State Funded Preschool
Nombre de la guardería

Firma (Padre/madre/representante autorizado)

Fecha

NOTA: Esta Confirmación se tiene que conservar en el expediente del niño y una copia de la Notificación se le tiene que dar al padre/madre/representante autorizado.

Para ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (conocida en inglés como "Registered Sex Offender Database"), vaya a www.meganslaw.ca.gov

HISTORIAL DE LA SALUD DEL NIÑO PARA LA ADMISIÓN - REPORTE DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO

NOMBRE DEL NIÑO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO (#1)		¿VIVE EN EL HOGAR CON EL NIÑO?
NOMBRE DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO (#2)		¿VIVE 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 PREVIAS — Marque las enfermedades que el niño ha tenido y especifique las fechas aproximadas de ellas:

	FECHAS		FECHAS		FECHAS
<input type="checkbox"/> Varicela		<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Poliomiелitis	
<input type="checkbox"/> Asma		<input type="checkbox"/> Epilepsia		<input type="checkbox"/> Sarampión de 10 días (<i>Rubeola</i>)	
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática		<input type="checkbox"/> Tos ferina		<input type="checkbox"/> Sarampión de 3 días (<i>Rubella</i>)	
<input type="checkbox"/> Fiebre del heno		<input type="checkbox"/> Paperas			

ESPECIFIQUE OTRAS ENFERMEDADES / ACCIDENTES SERIOS O GRAVES

¿TIENE EL NIÑO RESFRIADOS FRECUENTES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿CUÁNTOS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES?	ANOTE CUALQUIER ALERGIA DE LA QUE EL PERSONAL DEBE ESTAR ENTERADO
---	-----------------------------------	---

RUTINA DIARIA DEL NIÑO (*solamente para los bebés y niños de edad preescolar)

¿A QUÉ HORA SE LEVANTA?*	¿A QUÉ HORA SE ACUESTA?*	¿DUERME BIEN?*	
¿DUERME DURANTE EL DÍA?*	¿CUÁNDO?*	¿POR CUÁNTO TIEMPO?*	
DIETA: (¿Qué suele comer el niño para estas comidas?)	DESAYUNO		
	ALMUERZO		
	CENA		
¿A QUÉ HORA SUELE COMER ESTAS COMIDAS?	DESAYUNO		
	ALMUERZO		
	CENA		
¿HAY ALIMENTOS QUE NO LE GUSTEN COMER?		¿TIENE ALGÚN PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN?	
¿SABE CÓMO IR AL BAÑO?*	SI DIJO «SÍ», ¿EN QUE ETAPA ESTÁ?*	¿TIENE EVACUACIONES INTESTINALES REGULARES?*	¿CUÁL ES LA HORA USUAL?*
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿QUÉ TÉRMINO SE USA PARA «EVACUACIÓN INTESTINAL»?*		¿QUÉ TÉRMINO SE USA PARA «ORINAR»?*	

EVALUACIÓN DE LA SALUD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO

¿ESTÁ EL NIÑO ACTUALMENTE BAJO EL CUIDADO DE UN MÉDICO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI DIJO «SÍ», NOMBRE DEL MÉDICO:	¿ESTÁ TOMANDO EL NIÑO MEDICAMENTO(S) RECETADO(S)? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI DIJO «SÍ», ANOTE LA CLASE Y EFECTOS SECUNDARIOS:
¿USA EL NIÑO ALGÚN APARATO(S) ESPECIAL? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI DIJO «SÍ», ANOTE LA CLASE:	¿USA EL NIÑO ALGÚN APARATO(S) ESPECIAL EN SU HOGAR? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	SI DIJO «SÍ», ANOTE LA CLASE:

EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO

¿CÓMO CONVIVE EL NIÑO CON SU PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO, HERMANOS Y OTROS NIÑOS?

¿HA TENIDO EL NIÑO EXPERIENCIAS EN RELACIÓN CON JUEGOS EN GRUPO?

¿TIENE EL NIÑO ALGÚN PROBLEMA / TEMOR / NECESIDADES ESPECIALES? (EXPLIQUE).

¿CUÁL ES EL PLAN PARA EL CUIDADO DEL NIÑO CUANDO ESTÉ ENFERMO?

RAZÓN PARA SOLICITAR LA COLOCACIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO PARA EL CUIDADO DE NIÑOS

FIRMA DEL PADRE / MADRE / REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA

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

_____ / State Preschool Program _____ OBTENGA TODO EL TRATAMIENTO MÉDICO O DENTAL DE EMERGENCIA QUE
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

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

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

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

EL NIÑO TIENE ALERGIA A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:

FECHA

FIRMA DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

DOMICILIO

NÚMERO DE TELÉFONO EN LA CASA

()

NÚMERO DE TELÉFONO EN EL TRABAJO

()



LA MESA-SPRING VALLEY SCHOOLS

Preescolar Estatal Información de la Familia

Nombre del niño (a) _____

Idioma principal: _____

Hermanos(as): (Otros niños en la familia)

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento

¿Existen algunos problemas de salud o problemas de aprendizaje que parecen correr en la familia?

Lado Materno	Lado Paterno

¿Tuvo usted algún problema de salud cuando estaba embarazada con este niño(a)? _____

¿Alcohol, drogas, y(o) tabaco? _____

¿Estaba usted bajo el cuidado médico? _____

¿Nació este bebé temprano (prematuro)? _____

¿Hubo algo insólito en el parto y dando luz? _____



LA MESA-SPRING VALLEY SCHOOLS

Preescolar Estatal
Cuestionario de intereses familiares

Nombre del niño (a) _____ Nombre de padres/tutores: _____

Dirección : _____

Número Telefónico: _____ Correo Electrónico: _____

Meta personal o familiar en la que nuestro programa le pueda ayudar:

Áreas de interés: ¿Quisiera información o ayuda en cualquiera de las siguientes áreas?

<input type="checkbox"/>	Vivienda	<input type="checkbox"/>	Ropa
<input type="checkbox"/>	Asistencia con Energía	<input type="checkbox"/>	Cuidado de sus hijos
<input type="checkbox"/>	Asistencia Legal	<input type="checkbox"/>	Comida
<input type="checkbox"/>	Salud Medica () Niño () Adulto	<input type="checkbox"/>	Salud Dental () Niño () Adulto
<input type="checkbox"/>	Salud mental/preocupaciones familiares () Niño () Adulto	<input type="checkbox"/>	Preocupaciones de nutrición () Niño () Adulto
<input type="checkbox"/>	Empleo () Búsqueda de empleo () Empleo () Avanzar en su carrera	<input type="checkbox"/>	Educación () GED () Vacacional Training () Clases de ingles () Clases de colegio
<input type="checkbox"/>	Información para padres	<input type="checkbox"/>	Información de recreación
<input type="checkbox"/>	Recursos familiares	<input type="checkbox"/>	Información de grupos de apoyo
<input type="checkbox"/>	Información acerca de la comunidad:		
<input type="checkbox"/>	Áreas de interés para presentaciones en las juntas de padres de familia:		
<input type="checkbox"/>	Otra información:		

Firma del Padre o Tutor

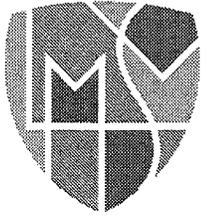
Fecha

Para Uso de Oficina Solamente

Community Resource Information Provided on _____

Date

Initials



LA MESA-SPRING VALLEY SCHOOLS

Preescolar Estatal Encuesta de Interés de Padres de Familia

Reuniones de padres son una parte requerida de nuestro programa. Por favor ayúdenos a hacer la junta de los padres de familia valiosa para usted.

Por favor marque su interés por cada tema.

	Interesado	No Interesado
1. Edades y etapas de desarrollo infantil		
2. Fomentar el auto estima		
3. Oportunidades profesionales/educativas para padres		
4. Cómo aprenden los niños		
5. Mantener a los niños seguros y saludables		
6. Preparación para el Jardín de Niños		
7. Disciplina Positiva		
8. Desarrollo del habla y lenguaje		
9. Manejo del estrés		
10. Ser voluntarios en el salón		

Por favor anote cualquier otra área sobre la cual le gustaría saber más: _____

Se cuenta con la participación de los padres en el salón de clases por lo menos dos días al mes, y que asistan a todas las reuniones de los padres de familia.

Además de los dos días, marque otros modos que le gustaría participar en el programa:

	Demostrando destreza en música, baile, arte, etc.
	Preparar los materiales para el aula
	Trabajo de oficina
	Hacer pequeñas reparaciones a los muebles y equipo de los niños
	Participando en el comité consejero de los padres

Otros modos de participación: _____

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Nombre del estudiante

Nombre de la escuela



Nombre _____

Escuela _____

PERMISO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE LA VISION / AUDICION

El personal de UCSD estará investigando el estado de la vista y el estado de la audición de su niño/a en su escuela. Estaremos utilizando una cámara de mano llamada auto-refractor y para evaluar la audición utilizaran un OAE ambos no son invasivos y especiales para los niños. Esta investigación nos pondrá avisar sobre problemas graves de visión así como una necesidad de usar lentes. La investigación tomará sólo unos minutos y se realizara en el salón de clase. Usted será notificado de los resultados.

Si usted desea que su niño sea incluido en esta investigación, por favor firmar abajo.

Yo deseo que mi hijo/a _____ participe en los estudios de visión y audición.
(Nombre de estudiante)

Firma de padres o tutor

Fecha

Si tiene preguntas por favor hablar con
Iliana Molina al (858) 822 2585



LA MESA-SPRING VALLEY SCHOOLS

Programa Preescolar Estatal Declaración Propia De Ingresos

Nombre del Niño _____ Fecha de Nacimiento _____

Yo, _____ verifico que la cantidad total de ingreso (bruto) que
Nombre de padre/madre/guardián
gané en el mes de _____, _____ fue de \$ _____
(año)

Me pagan este sueldo por medio de _____. El tipo de trabajo que realizo es: _____

Empleador / Compañía	Dirección	Número de Teléfono

Declaración de Padre/Madre o Tutor: _____

¿Recibe usted asistencia monetaria? () Si () No

Si usted recibe asistencia monetaria, deberá proveer el **Aviso de Acción** de su asistencia monetaria del siguiente mes.

Otras Fuentes de Ingreso		Cantidad Mensual
Tiempo Extra(overtime)/Propinas	Si / No	\$
Comisión / Bonos	Si / No	\$
Intereses de ahorros	Si / No	\$
Asistencia Pública, TANF	Si / No	\$
Desempleo	Si / No	\$
Incapacidad (disability)	Si / No	\$
Compensación del Trabajador	Si / No	\$
Pensión Matrimonial	Si / No	\$
Manutención de Niños	Si / No	\$
Pensión	Si / No	\$
Otro ingreso (no incluya estampillas de comida)	Si / No	\$

Declaro bajo pena de perjurio que la información anterior es correcta y verdadera según mi leal saber y entender. Entiendo que la información acerca de mi ingreso podría ser examinada por representantes del Estado de California, del Gobierno Federal, por auditores independientes o por otras organizaciones según se requiera para la administración de este programa.

Firma de Padre/Madre o Tutor

Fecha



LA MESA-SPRING VALLEY SCHOOLS

Programa Preescolar Estatal Declaración Propia De Ingresos

Nombre del Niño _____ Fecha de Nacimiento _____

Yo, _____ verifico que la cantidad total de ingreso (bruto) que
Nombre de padre/madre/guardián
gané en el mes de _____, _____ fue de \$ _____
(año)

Me pagan este sueldo por medio de _____. El tipo de trabajo que realizo es: _____

Empleador / Compañía	Dirección	Número de Teléfono

Declaración de Padre/Madre o Tutor: _____

¿Recibe usted asistencia monetaria? () Si () No

Si usted recibe asistencia monetaria, deberá proveer el **Aviso de Acción** de su asistencia monetaria del siguiente mes.

Otras Fuentes de Ingreso		Cantidad Mensual
Tiempo Extra(overtime)/Propinas	Si / No	\$
Comisión / Bonos	Si / No	\$
Intereses de ahorros	Si / No	\$
Asistencia Pública, TANF	Si / No	\$
Desempleo	Si / No	\$
Incapacidad (disability)	Si / No	\$
Compensación del Trabajador	Si / No	\$
Pensión Matrimonial	Si / No	\$
Manutención de Niños	Si / No	\$
Pensión	Si / No	\$
Otro ingreso (no incluya estampillas de comida)	Si / No	\$

Declaro bajo pena de perjurio que la información anterior es correcta y verdadera según mi leal saber y entender. Entiendo que la información acerca de mi ingreso podría ser examinada por representantes del Estado de California, del Gobierno Federal, por auditores independientes o por otras organizaciones según se requiera para la administración de este programa.

Firma de Padre/Madre o Tutor

Fecha

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA PADRES

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

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

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

Cómo se revisa la petición para una exención

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

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

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

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

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

Cómo obtener más información

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