

CENTRO DE APRENDIZAJE EDUCATIVO DE TORRE

2936 Wood Avenue, Lorain, Ohio 44055
Teléfono: 440-277-5553, Fax 1-866-405-9065
Correo electrónico: info@towereducation.org

Formulario de inscripción

Nombre de los niños	Edad	D.O.B.	Grado	Nombre de la escuela	Género

Dirección: _____ Ciudad: _____

Código Postal: _____ Teléfono residencial: _____

Teléfono celular: _____

Nombre del guardián: _____

Trabajo y dirección del guardián : _____

Horario de trabajo: _____ Teléfono de trabajo: _____

¿Cuál es su método de comunicación preferido? Correo electrónico Text teléfono celular Teléfono residencial

Personas autorizadas para recoger niños:

Nombre

Apellido

Apellido

Por favor, compruebe los días que se necesita atención: M T W TH F

Por favor, identifique la hora del día en que se necesita atención: Hora de inicio _____ Hora de finalización _____

Firma del padre/tutor: _____

OHIO DEPARTMENT OF JOB AND FAMILY SERVICES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO Y SERVICIOS PARA FAMILIAS DE OHIO

Suscripción del Niño(a) e Información de la Salud – Página 1				Primer día en el centro
Nombre del niño(a)		Fecha en que se completó / actualizó el formulario		
Fecha de nacimiento	Dirección de la casa	Ciudad, estado, código postal	Número telefónico de la casa	
Nombre del padre o madre /guardián	Parentesco con el niño(a)	Nombre del padre o madre / guardián	Parentesco con el niño(a)	
Dirección de la casa	Empleador / Escuela	Dirección de la casa	Empleador / Escuela	
Ciudad, estado, código postal	Dirección y ciudad	Ciudad, estado, código postal	Dirección y ciudad	
Cómo podemos comunicarnos con usted: Número telefónico de la casa: Número telefónico del trabajo/ escuela: Teléfono celular: Pager:		Cómo podemos comunicarnos con usted: Número telefónico de la casa: Número telefónico del trabajo/ escuela: Teléfono celular: Pager:		
Dónde podemos encontrarlo la mayor parte del tiempo que su niño(a) esté en este programa:		Dónde podemos encontrarlo la mayor parte del tiempo que su niño(a) esté en este programa:		
Contactos de emergencia: Enliste los nombres de otras personas locales a las que le gustaría que contactáramos en caso de una emergencia o enfermedad si el padre o madre / guardián no se puede contactar. Las personas enlistadas deberán ayudarnos a localizar al padre o madre / guardián y por lo menos una persona enlistada deberá tomar responsabilidad por el niño(a) en caso de que no se localice al padre o madre / guardián.				
Nombre		Nombre		
Ciudad / estado		d / estado		
Número telefónico	Parentesco con el niño(a)	Número telefónico	Parentesco con el niño(a)	

Transporte de Emergencia
(Completar únicamente 1 ó 2)

1. Doy permiso para transporte	2. No doy permiso para transporte
Doy (Nombre del Centro/ Casa Tipo A) _____ mi permiso para que mi niño(a) _____ sea transportado al (Hospital, Clínica) _____ para cuidado médico de emergencia (Dentista- si es necesario) _____ para el cuidado dental de emergencia, o al establecimiento de ayuda más cercano.	No doy al (Nombre del Centro/ Casa Tipo A) _____ mi permiso para que mi niño(a) _____ sea transportado para recibir cuidado médico o dental de emergencia. En caso de enfermedad o lesión que requiera tratamiento médico o dental de emergencia, deseo que se haga lo siguiente _____ _____ _____
Firma del padre o madre /guardián	Firma del padre o madre /guardián
Fecha	Fecha

Nombre del médico o clínica / hospital		Nombre del dentista (recomendado para niños mayores de 18 meses de edad)	
Dirección		Dirección	
Ciudad, estado	Número telefónico	Ciudad, estado	Número telefónico

Nota: Este es un formulario prescrito proporcionado por JFS el cual debe usarse por los centros y casas tipo A para cumplir con los requisitos de los reglamentos 5101:2-12-37 y 5101:2-13-37. Este formulario debe completarse y archivarse en el centro o casa tipo A, a más tardar el primer día en que acuda el niño(a).
JFS 01234-SPA (Rev. 12/2010)

Nombre del niño(a)	Fecha en que se completó / actualizó el formulario
--------------------	--

Información de la Salud

Marque si no corresponde

Alergias (comida, medicamento, y medio ambiente) y precauciones, reacciones, y tratamiento:	
Medicamentos, suplementos de comida, dieta modificada actualmente administrada:	
Problemas físicos crónicos:	
Historial de hospitalización:	
Historial de enfermedades que ha tenido el niño(a):	
Cualquier información de la salud o suscripción adicional que considere importante que sepamos acerca de su niño(a):	

Registro de Inmunizaciones

No se requieren que estén completas para la edad escolar de los niños

(Indicar las Fechas de acuerdo a cuando se pusieron: mes/día/año para cada inmunización)

Vacunas (Inmunizaciones):	Dosis 1	Dosis 2	Dosis 3	Dosis 4	Dosis 5
Difteria, Tos ferina, Tétanos (DPT)					
Hepatitis B (Hep B)					
Hemofilia Influenza tipo b (HIB)					
Sarampión, Paperas, Rubéola (MMR)					
Polio					
Varicela (viruela loca)					
Hepatitis A					

Registro del Padre o Madre

SÍ	NO	
		Estoy de acuerdo en que se incluya mi nombre y número telefónico en el centro, en el registro de padre o madre de la casa tipo A el cual se proporcionará a solicitud por cualquier padre cuyo niño esté suscrito en el centro o casa tipo A.

Firma del padre o madre/ guardián	Fecha
-----------------------------------	-------

Nota: Este es un formulario prescrito proporcionado por JFS el cual debe usarse por los centros y casas tipo A para cumplir con los requisitos de los Reglamentos 5104-2-37 y 5101:2-13-37. Este formulario debe completarse y archivar en el centro o casa tipo A, a más tardar el primer día en que acuda el niño(a).

Departamento del Trabajo y Servicios a la Familia del Estado de Ohio
PLAN DE ATENCIÓN MÉDICA/FÍSICA INFANTIL
PARA CENTROS DE ATENCIÓN INFANTIL Y HOGARES TIPO A
 Esta forma puede usarse para niños con los estados de salud que se definen en las Reglas 5101: 2-12-38 y 5101: 2-13-38.

Nombre del niño	Fecha de nacimiento
Condiciones especiales de salud	
Síntomas a observar y acciones de emergencia que deben tomarse si ocurren los siguientes síntomas	
Actividades/Alimentos/Condiciones ambientales que deben evitarse	
Procedimientos médicos que deben seguirse y beneficio esperado por el tratamiento	

¿Se requiere algún medicamento? No Sí (Si "Sí" llene la Solicitud para Administrar Medicamento JFS 01217)
 Si "Sí", ¿cuáles medicamentos?

Instrucciones de capacitación (El instructor debe ser un padre/tutor o profesional certificado)

Firma del instructor	Fecha
----------------------	--------------

Firma de los miembros del personal que han sido capacitados y personal a quienes se les ha informado del estado de salud. *(Siempre debe haber un miembro capacitado del personal presente cuando el niño esté presente.)*

Firma: _____	Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Personal informado	<input type="checkbox"/> Personal capacitado
Firma: _____	Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Personal informado	<input type="checkbox"/> Personal capacitado
Firma: _____	Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Personal informado	<input type="checkbox"/> Personal capacitado
Firma: _____	Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Personal informado	<input type="checkbox"/> Personal capacitado

(Sólo se permitirá que miembros capacitados del personal realicen los procedimientos médicos de la lista anterior.)

El personal adicional puede firmar en el reverso de esta forma, pero debe indicar "capacitado" y/o "informado"

Servicios adicionales (educativos/terapéuticos) que el niño está recibiendo

¿Quién proporciona los servicios anteriores?

Nombre: _____ Número de teléfono: _____ ¿Podemos contactarlo? No Sí
 Nombre: _____ Número de teléfono: _____ ¿Podemos contactarlo? No Sí

Doy mi permiso para que el personal mencionado arriba realice los procedimientos que forman parte del Plan de Atención Médica/Física de mi niño

Firma del Padre/Madre	Fecha
Firma del Administrador	Fecha

Ohio Department of Job and Family Services
CHILD MEDICAL STATEMENT FOR CHILD CARE

Child's Name (<i>print or type</i>)		Date of Birth
<input checked="" type="checkbox"/> This above named child has been examined, the immunization status recorded, and the child is in suitable condition for participation in group care. <input checked="" type="checkbox"/> This above named child has been immunized in accordance with the requirements of section 5104.014 of the Ohio Revised Code (please note any exceptions below).		
Signature of Examining Physician/Physician's Assistant/Advanced Practice Registered Nurse/Certified Nurse Practitioner		Date of Examination
Name of Physician/Physician's Assistant/Advanced Practice Nurse/Certified Nurse Practitioner		Telephone Number
Street Address		
City, State and Zip Code		

ATTACH A COPY OF THE CHILD'S IMMUNIZATION RECORD WITH DATES OF DOSES OF ALL IMMUNIZATIONS

Exceptions to Immunization requirements pursuant to 5104.014 ORC (please include names of requirement diseases against which the child has not been immunized and whether it is because the immunization is medically contraindicated, not medically appropriate for the child's age, or declined by the parent). 			
<input type="checkbox"/> I have declined to have my child immunized against one or more of the diseases required by 5104.014 of the Ohio Revised Code. Please note disease above and sign.			
Signature of Parent			Date of Signature
Optional Recommended Assessments/Screenings			
Vision	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Lead	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Hearing	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Hemoglobin	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Dental	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Other	
Measurements		Notes	
Height			
Weight			
BMI			

Ohio Department of Job and Family Services
FAMILY INFORMATION
FOR STEP UP TO QUALITY PROGRAMS (SUTQ)

Child's Name (Last)	(First)	Nickname (If any)
<i>By providing complete information about your child, you will be assisting staff in creating a positive experience for him/her while in care. List any information about your child's habits, abilities or personality that you feel will be helpful to the staff while caring for your child.</i>		
Who is in the child's immediate family?		
Who lives at home with your child?		
What is the primary language spoken in your child's home?		
Are there any special family arrangements, such as shared parenting, living in two homes, or custody specifications, etc.? Additional Details?		
Are there any changes or transitions that your child has recently experienced or is experiencing? (moved from crib to bed, divorce, new home, death of family member, friend or pet) Additional Details?		
Are there any cultural or religious practices of your family we should be aware of? (Dietary restrictions, clothing, head coverings, etc.)		
Do you have any pets at home? If so, what are they and what are their names?		
Has your child had a previous care arrangement? <input type="checkbox"/> Yes or <input type="checkbox"/> No Additional Details? (Center based, in home, with family, with parents, etc.)		
My child drinks <input type="checkbox"/> milk, <input type="checkbox"/> formula, <input type="checkbox"/> juice or <input type="checkbox"/> water. (Check all that apply) How much and how often?		
Does your child have any favorite foods?		
Does your child dislike any foods?		
Are there any foods your child should not be fed? (Licensing requires documentation be completed for children with food allergies and/or dietary restrictions)		

Please check all of the words that best describe your child's personality and behavior

- active adventurous affectionate anxious bossy bright busy calm cautious cheerful
 content creative curious easily-angered emotional energetic excitable friendly gives-in-easily
 happy hesitant insecure jealous likes structure/routines loud loving mellow outgoing
 prefers adult attention quiet sensitive serious shares-well social spontaneous stubborn tentative
 other:

Are there additional personality and behavior characteristics that would be useful to know about your child?

Are there things that frighten your child? If so, how does he/she react and what do you do to comfort him/her?

What routines/actions or items do you use to comfort your child?

What causes your child to feel angry or frustrated?

What methods do you use to respond to your child's negative behavior?

Does your child use any special comfort or support items that help him/her go to sleep? If so, what?

What is your child's mood upon waking? (happy, grouchy, clingy, slow to awaken)?

My child sits in a high chair, booster, child size chair or adult size chair. *(Check the one that applies.)*

Is your child toilet trained? If not, have you started the toilet training process? Please explain the process used.

Does your child need assistance when using the toilet? If so, how?

What words, gestures or signs does your child use if he/she needs to use the bathroom?

What time does your child normally go to bed at night and wake up in the morning?

What time(s), and for how long, does your child usually nap?

Does your child have trouble sleeping (Night terrors, trouble going to sleep, etc.)? Please explain.

What might you and/or your child be anxious about as he/she starts in this program?

What are you and/or your child excited about as he/she starts in this program?

What are your expectations of this program?

What other information would be helpful for the staff caring for your child to know?

Parent/Guardian's Signature

Date