



[www.SBCounty.gov](http://www.SBCounty.gov)

## Preschool Services Department

Phalos Haire  
Interim Director

Date: 2019-2020

To: Early Head Start Home-Base Families

### Enrollment Packet Instructions

We have reached 2019-2020 school year. Prior to starting a new school year, a **new** enrollment packet will need to be completed. Please fill out the documents attached and return it to your site Generalist.

Note\*\*\*: The three documents below will vary depending on your child's age. Please fill out the document that fits your child's age. For example: if your child is 9 months old fill out the "Infant Feeding Plan Birth Update Birth to 12 Months" and the "Child Nutrition Survey Birth to 23 months. If your child is 18 months old, fill out the "Nutrition Survey Birth to 23 Months" **ONLY**. If your child is 2-5 years old fill out the "Child Nutrition Survey 2-5 Years" **Only**.

- Infant Feeding Plan Update (Birth to 12 Months)
- Nutrition Survey (Birth to 23 Months)
- Child Nutrition Survey (2-5 Years)

Should you have any questions please don't hesitate to call/email your Program Generalist

\_\_\_\_\_, ( )-\_\_\_\_-\_\_\_\_ or email  
\_\_\_\_\_  
@sbcpsd.com .

**CONDADO OF SAN BERNARDINO PRESCHOOL SERVICES DEPARTMENT**  
**HOJA DE INFORMACION DE EMERGENCIA**

\_\_\_\_\_ Caminante \_\_\_\_\_ Autobús

1. Apellido del Niño:	2. Nombre del Niño:
3. FDN:	4. Padre/Guardián:
5. Número de teléfono del hogar: <span style="float:right">Número de teléfono alterno:</span>	
<b>6. Dirección de Correo Electrónico Actual</b>	
7. Domicilio Actual:	8. Código Postal:

**9. PERSONA (S) AUTORIZADA LEVANTAR A SU NINO O LLAMARLE EN CASO DE EMERGENCIA: (18 años o mayor, un I.D. con foto es requisito)**

Nombre/Relación al Niño:	Número de Casa:
Domicilio:	Número de Trabajo:
Nombre/Relación al Niño:	Número de Casa:
Domicilio:	Número de Trabajo:
Nombre/Relación al Niño:	Número de Casa:
Domicilio:	Número de Trabajo:

INFORMACION MEDICAL		INFORMACION DENTAL	
10. Proveedor de seguro Medical		17. Proveedor de seguro Dental	
11. Número medical/de seguro		18. Número de seguro dental	
12. Nombre del Médico/grupo		19. Nombre del dentista/grupo	
13. Domicilio del Médico		20. Domicilio del dentista	
14. Número de teléfono del Médico		21. Número de teléfono del dentista	
15. Fecha de la última visita		22. Fecha de la última visita	
16. Hospital de Preferencia		23. Alergias	

**24. Instrucciones para emergencia (En caso el Padre/Guardián o Médico no pueda ser localizado): Por favor firme con iniciales**

\_\_\_\_\_ Llame a los Paramédicos/Transporte al Hospital o Facilidad de Emergencia más cercano

\_\_\_\_\_ Yo entiendo que si no puedo dar números de tres personas autorizadas para recoger a mi niño, en caso de emergencia, **Preschool Services Department le llamará al Departamento de la policía y ellos tendrán custodia de mi niño.**

25. Parada del Autobús (Levantada):	26. Parada del Autobús (Dejada):
27. Tiempo de la levantada:	28. Tiempo de la dejada:

29. Instrucciones especiales:
-------------------------------

\_\_\_\_\_ Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_ Fecha

AUTORIZACION PARA EL CONSENTIMIENTO DEL TRATAMIENTO MEDICAL DE UN MENOR

(Yo/Nosotros), el abajo firmante, padre(s) de \_\_\_\_\_, un

Nombre del niño

menor, por este medio autorizo \_\_\_\_\_ como representantes(s)

Nombre de la Escuela

para el abajo firmante, doy consentimiento para cualquier examinación de radiografía, anestésico, diagnóstico medical o quirurgico o tratamiento y cuidado de hospital que sea considerado aconsejable por, y que sea entregado bajo la supervisión general o especial de cualquier médico y cirujano licenciado bajo las provisiones del personal Medical de cualquier hospital autorizado, sea que tal diagnosis o tratamiento es entregado en la oficina de tal médico o en dicho hospital.

Es comprendido que esta autorización es dada antemano de algún diagnosis específico, el requisito de tratamiento o cuidado de hospital, pero es dado para proveer autoridad y poder de parte de nuestro mencionado representante para dar consentimiento específico a cualquier y todo tal diagnosis, tratamiento del cuidado de hospital que el mencionado médico en el ejercicio de su mejor juicio puede considerar aconsejable. Es comprendido que el esfuerzo será hecho para llamar al abajo firmante antes de rendir el tratamiento al paciente, pero ningún tratamiento mencionado será negado si no podemos llamar al abajo firmante.

Esta autorización es dado con acuerdo de la provisión de la Sección 25.8 del Código Civil de California.

Yo aquí autorizo a cualquier hospital, que ha proveído tratamiento al mencionado arriba menor según las provisiones de la Sección 25.8 del Código Civil de California de rendir custodio físico del tal menor al representante mencionado arriba al completarse el tratamiento. Esta autorización es dado con acuerdo de la Sección 1283 del Código de la Salud y Seguridad de California.

Esta autorizacion permanecerá en efecto desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_, a menos que más pronto revocado por escrito entregado a dicho representante(s).

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Personal/Título

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la Supervisora/Título

\_\_\_\_\_  
Fecha

Cumpleaños del Niño: \_\_\_\_\_

Fecha del Ultimo Tétano: \_\_\_\_\_

Apunte cualquier restricción medical: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LOS HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS

### DERECHOS DE LOS PADRES

Como padre/madre/representante autorizado, usted tiene el derecho de:

1. Entrar e inspeccionar el hogar que proporciona cuidado de niños (de aquí en adelante "hogar") 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 tiene en relación a la persona con licencia.
3. Revisar, en el hogar, los reportes sobre las visitas 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 el hogar sin que se discrimine ni que se tomen represalias en contra de usted ni de su hijo.
5. Ser notificado y recibir, de la persona con licencia, una notificación por escrito con los nombres de las personas a las que no se les permite estar en el hogar mientras que estén presentes los niños. *(NOTA: Esta notificación sólo se requiere cuando el Departamento, por escrito, ha excluido a alguien del hogar el 01 de enero de 2001.)*
6. Pedir por escrito que no se le permita a cierto padre/madre que visite al niño de usted ni que se lo lleve del hogar, siempre y cuando usted haya presentado una copia certificada de una orden de la corte.
7. Recibir de la persona con licencia el nombre, dirección, y número de teléfono de la oficina local de licenciamiento.  
Nombre de la oficina de licenciamiento: \_\_\_\_\_  
Dirección de la oficina de licenciamiento: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de la oficina de licenciamiento: \_\_\_\_\_
8. Solicitar que la persona con licencia, a petición de usted, le informe del nombre y tipo de asociación con el hogar de cualquier persona adulta que haya obtenido una exención en relación a sus antecedentes penales, y que el nombre de tal persona también se puede obtener comunicándose con la oficina local de licenciamiento.
9. Recibir de la persona con licencia el formulario sobre el proceso para la revisión de los antecedentes de los proveedores de cuidado.
10. Ser informado por la persona con licencia de que el establecimiento tiene o no tiene seguro de responsabilidad civil (liability insurance) o alguna garantía de una compañía de seguridad (bond) que cubra a los clientes por lesiones causadas por negligencia de la persona con licencia o los empleados del establecimiento.

**NOTA: LA LEY ESTATAL DE CALIFORNIA ESTIPULA QUE LA PERSONA CON LICENCIA PUEDE NEGAR EL ACCESO AL HOGAR A UN 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](http://www.meganslaw.ca.gov)*

LIC 995A (SP) (8-08)

(Separe aquí. Déles 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 LOS HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS", el formulario sobre el PROCESO PARA LA REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES DE LOS PROVEEDORES DE CUIDADO, y el formulario de INFORMACIÓN PARA EL CONOCIMIENTO DEL CONSUMIDOR EN RELACIÓN A LOS HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS.

Nombre del hogar que proporciona cuidado de niños \_\_\_\_\_

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](http://www.meganslaw.ca.gov)*

LIC 995A (SP) (8/08)



## 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

DIRECCIÓN

CIUDAD

CÓDIGO POSTAL

AREA/NÚMERO DE TELÉFONO

SEPARE AQUÍ

**AL: PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL/NIÑO O REPRESENTANTE AUTORIZADO:**

**PARA EL EXPEDIENTE DEL NIÑO**

Complete la siguiente confirmación, una vez que se le haya dado la información respecto a los derechos personales de una manera satisfactoria y completa, según se explica aquí:

**CONFIRMACIÓN:** Se me (nos) informó personalmente y recibí una copia de los derechos personales que contiene el Título 22 del Código de Ordenamientos de California, en el momento de admisión a:

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO)

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL NIÑO)

(FIRMA DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)

(TÍTULO/PUESTO DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)

(FECHA)

Condado de San Bernardino  
Preschool Services Department

**Forma de Consentimiento para Fotografía**

Yo, \_\_\_\_\_ doy permiso para que a mi niño \_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Guardián Nombre del Niño

le saquen fotografía o cinta de medios publicitarios/video durante las actividades de la escuela.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Picture Consent Form Spanish 5-11/Shared Drive Y/Forms/Education

Condado de San Bernardino  
Preschool Services Department

**Forma de Consentimiento para Fotografía**

Yo, \_\_\_\_\_ doy permiso para que a mi niño \_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Guardián Nombre del Niño

le saquen fotografía o cinta de medios publicitarios/video durante las actividades de la escuela.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Picture Consent Form Spanish 5-11/Shared Drive Y/Forms/Education

Condado de San Bernardino  
Preschool Services Department

**Forma de Consentimiento para Fotografía**

Yo, \_\_\_\_\_ doy permiso para que a mi niño \_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Guardián Nombre del Niño

le saquen fotografía o cinta de medios publicitarios/video durante las actividades de la escuela.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Picture Consent Form Spanish 5-11/Shared Drive/Forms/Education



Preschool Services Department  
662 S. Tippecanoe Ave  
San Bernardino, CA 92415-0630

## CONSENTIMIENTO PARA LAS PRUEBAS 2019-2020

Nombre del Niño \_\_\_\_\_ Centro \_\_\_\_\_

Con su permiso, un número de pruebas rutinas se le harán a su niño mientras está inscrito en el programa del Early Head del Estado. El propósito de estas pruebas es para evaluar la salud y el desarrollo en general de su niño y para identificar algunas preocupaciones sobre la salud y/o desarrollo. Si nuestras pruebas indican que otra evaluación, examinación medical o tratamientos son necesarios, nosotros le llamaremos y le ayudaremos con el proceso del resultado si es necesario.

Le doy permiso a Preschool Services Department del Condado de San Bernardino para hacer y obtener lo siguiente:

- ❖ Autorización Medical
- ❖ Prueba de la Visión (Ojos)
- ❖ Prueba del Oído (Oyendo)
- ❖ Prueba Dental (Dientes) – Incluye cepillándose los dientes con pasta con floururo
- ❖ Prueba de Estatura/Peso
- ❖ Prueba del Habla/Lenguaje
- ❖ Prueba del Desarrollo / DAYC-2
- ❖ Prueba de Social – Emocional / Edades y Etapas (ASQ-SE)
- ❖ Perfil de Desarrollo de Resultados Deseados (DRDP 2015)

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Firma del Personal de Early Head Start



County of San Bernardino  
Preschool Services Department  
**Antecedentes de salud de Early Head Start**



Nombre completo y apellido del niño (con letra de molde):		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento:
		Orden de nacimiento: 1 2 3 4 Otro: ( )	
Domicilio:	# de depto.:	Ciudad:	Zona Postal:
Teléfono durante de día:		Teléfono alterno:	Seguro médico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre:
Hogar Medico (Domicilio y Teléfono)		Hogar Dental (Domicilio y Teléfono)	
Antecedentes obstétricos y neonatales	Número de meses de embarazo:		Especifique las complicaciones del embarazo: (si no las hubo, escriba "No hubo")
	Mes en que comenzó el cuidado prenatal:		
	Peso al nacer: _____ libras _____ onzas		Especifique las complicaciones neonatales: (si no las hubo, escriba "No hubo")
	Método de parto: Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/>		
<b>Antecedentes de desarrollo (Indique el mes)</b>			
Desarrollo físico:	Mes:	Desarrollo personal y social:	Mes:
Empuñar	_____	Sonríe	_____
Alcanzar	_____	Se estira para alcanzar juguetes	_____
Voltearse de espalda a estómago	_____	Juega (¡Bu! Tortillas)	_____
Sentarse	_____	Bebe de una taza	_____
Empujarse o gatear	_____	Usa la cuchara sin derramar mucho	_____
Caminar	_____	Se quita la ropa	_____
Dejar de tomar pecho	_____	Se lava y seca sus manos	_____
Dejar de tomar biberón	_____	Se vista con supervisión	_____
Desarrollo de lenguaje: Mes: _____			
Balbucir _____			
Imitar sonidos (como dada, mama) _____			
Hacer sonidos específicos _____			
Enunciados de 1 a 2 palabras _____			
Enunciados de 2 a 3 palabras _____			
Preocupaciones sobre de desarrollo: _____			
Preocupaciones adicionales: _____			
<b>Antecedentes médicos y enfermedades del niño (Marque X en la casilla apropiada)</b>			
Enfermedad o condición:	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Enfermedad o condición:	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Hospitalizaciones	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Problemas del habla	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Cirugías	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Resfrios frecuentes	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Alergias a medicamentos	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Infecciones de oído	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Alergias (Otras)	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Garganta irritada	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Asma o silbido de pecho	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Neumonía	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Problemas de la vista	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Enfermedad del corazón	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Problemas de aprendizaje	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Enfermedad del riñón	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
		Enfermedad o condición:	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
		Algún defecto de nacimiento	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
		Viruela	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
		Paperas	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
		Sarampión	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
		Rubéola	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
		Tuberculosis	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
		Tos ferina	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Si la respuesta es "sí" por favor agregue aquí cualquier información adicional: _____			
<b>Antecedentes familiares (Marque X en la casilla apropiada y describa en el espacio designado)</b>			
Condición:	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Condición:	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Alergias	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Epilepsia	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Anemia	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Enfermedad del corazón	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Desorden hemorrágico	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Hepatitis	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Cáncer	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Hipertensión	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Diabetes	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Enfermedad del riñón	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Droga adicción o alcoholismo	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Enfermedad mental	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
		Condición:	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
		Retraso mental	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
		Fiebre reumática	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
		Fumar	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
		Tuberculosis	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
		Enfermedad contagiosa	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
Si la repuesta es "sí" por favor agregue aquí cualquier información adicional: _____			
<b>Antecedentes dentales (Marque X en la casilla apropiada)</b>			
¿Usa toallita de tela para limpiar las encías del bebe?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	¿Hay algún problema dental?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>
¿Cepilla los dientes de su niño?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>	Si la repuesta es "sí" por favor agregue aquí cualquier información adicional: _____	
¿Usa fluoruro o pasta dental?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		
¿Usa algún suplemento de fluoruro?	No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>		
<b>SOLAMENTE EHS CENTER BASE O EHS CCP:</b>			
Si su hijo/a no requiere medicación en la escuela, por favor firme aquí: Firma del Padre: _____			

Firma del Padre: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Firma de Personal: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Preschool Services Department**  
**Head Start Temprano**  
**Actualización Mensual del Alimentación del Infante (0-12 meses)**

Centro \_\_\_\_\_

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_

0-4 meses \_\_\_\_\_ 5-8 meses \_\_\_\_\_ 9-11 meses \_\_\_\_\_

Mi bebé tiene alergias: Sí o No Si sí, apunte los tipos de comida \_\_\_\_\_

Mi bebé toma:

\_\_\_\_\_ Leche materna \_\_\_\_\_ Enfamil w/ hierro \_\_\_\_\_ Prosobee \_\_\_\_\_ Gentlease \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Horario de lecha maternal/formula alimentación: \_\_\_\_\_

**My bebé come (por favor hágale círculo o escriba las comidas específicas):**

- Cereales** de Bebé: Arroz, Avena, Cebada
- Fruta** Colada: Bananas, Salsa de Manzana, Peras, Duraznos, Otro \_\_\_\_\_
- Verduras** Coladas: Ejotes, Guisantes, Zanahorias, Chayote, Otro \_\_\_\_\_

Horario de alimentos incluyendo los sólidos: \_\_\_\_\_

**Mi bebé come la siguiente alimentos de mesa (por favor hágale círculo o escriba las comidas específicas):**

- Cereal frío, Caliente
- Fideos
- Pan/ Tostado
- Galletas
- Tortillas
- Arroz
- Frijolles
- Mantequilla de Cacahuete
- Fruta fresca \_\_\_\_\_
- Verdura Frescas \_\_\_\_\_
- Queso
- Yogur

**Mi bebé usa los siguientes utensilios:**

- Cuchara       Taza       Botella

Comentarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma del Padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**For Staff Use:**  
**Fax this form at the beginning of EACH month to nutrition services at (909) 383-2086**



Condado de San Bernardino Preschool Services Department

Head Start Temprano

Estudio de la Nutrición

Nacimiento – 23 Meses

ESCRIBA A MAQUINA O ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA EL APELLIDO, PRIMER NOMBRE, INICIAL DEL NINO	SEXO <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	NOMBRE DEL CENTRO	CLASE
--	--	-------------------	-------

NOMBRE DEL PADRE	NUMERO DE TELEFONO ( )
------------------	---------------------------

NACIMIENTO-CUATRO MESES DE EDAD

¿QUE LE DA DE COMER A SU NINO? <input type="checkbox"/> LECHA MATERNA <input type="checkbox"/> FORMULA	¿CUANTAS VECES LE DA PECHO (DENTRO) 24 HORAS?	¿TIENE DIFICULTAD DANDO PECHO? (Si Si, especifica)
---	---	--

¿QUE MAS LE PONE EN LA BOTELLA? <input type="checkbox"/> AGUA PURA <input type="checkbox"/> AGUA CON MIEL/AZUCAR <input type="checkbox"/> TE/CAFE <input type="checkbox"/> BEBIDAS DE FRUTAS <input type="checkbox"/> CEREAL <input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFICA)
--

SI USA FORMULA, ¿USA USTED? <input type="checkbox"/> FORMULA CONCENTRADA <input type="checkbox"/> FORMULA DE POLVO <input type="checkbox"/> LISTO PARA ALIMENTAR	¿NOMBRE DE LA FORMULA?	¿COMO MEZCLA LA FORMULA?	¿CUANTAS ONZAS DE FORMULA BEBE SU NINO EN 24 HORAS?
---	------------------------	--------------------------	---

¿LE DA A SU NINO? <input type="checkbox"/> MULTI VITAMINAS <input type="checkbox"/> SUPLEMENTOS DE HIERRO	¿PARTICIPA USTED EN CUALQUIER DE LO SIGUIENTE? <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> CUPONES PARA ALIMENTOS
--	--

¿TIENE PREOCUPACIONES SOBRE EL ALIMENTO DE SU NINO?	¿QUE HACE CON LA FORMULA QUE SOBRA?	FIRMA DE LA PERSONA COMPLETANDO EL ESTUDIO	FECHA FIRMADA
---	-------------------------------------	--	---------------

CINCO-OCHO MESES DE EDAD

NUEVE-ONCE MESES DE EDAD

¿ALGUNAS ALERGIAS A LOS ALIMENTOS/INTOLERANCIAS? (Si sí, especifica e indica la reacción)	¿ALGUNAS ALERGIAS A LOS ALIMENTOS/INTOLERANCIAS? (Si sí, especifica e indica la reacción)
---	---

¿QUE LE ALIMENTA A SU BEBE? <input type="checkbox"/> LECHE MATERNA QUE SEGUIDO _____ <input type="checkbox"/> FORMULA CUANTAS ONZAS _____ <input type="checkbox"/> ALIMENTACION DEL BEBE CUANTAS ONZAS _____	¿QUE LE ALIMENTA A SU BEBE? <input type="checkbox"/> LECHE MATERNA QUE SEGUIDO _____ <input type="checkbox"/> FORMULA CUANTAS ONZAS _____ <input type="checkbox"/> ALIMENTACION DEL BEBE CUANTAS ONZAS _____
---	---

¿QUE MAS LE PONE EN LA BOTELLA? <input type="checkbox"/> AGUA PURA <input type="checkbox"/> TE/CAFE <input type="checkbox"/> AGUA CON MIEL/AZUCAR <input type="checkbox"/> BEBIDAS DE FRUTA <input type="checkbox"/> CEREAL <input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFICA) _____	¿QUE MAS LE PONE EN LA BOTELLA? <input type="checkbox"/> AGUA PURA <input type="checkbox"/> TE/CAFE <input type="checkbox"/> AGUA CON MIEL/AZUCAR <input type="checkbox"/> BEBIDAS DE FRUTA <input type="checkbox"/> CEREAL <input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFICA) _____
--	--

¿LE DA A SU NINO? <input type="checkbox"/> MULTI VITAMINAS <input type="checkbox"/> SUPLEMENTOS DE HIERRO	¿LE DA A SU NINO? <input type="checkbox"/> MULTI VITAMINAS <input type="checkbox"/> SUPLEMENTOS DE HIERRO
--	--

¿PARTICIPA USTED EN CUALQUIER DE LO SIGUIENTE? <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> CUPONES PARA ALIMENTOS	¿PARTICIPA USTED EN CUALQUIER DE LO SIGUIENTE? <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> CUPONES PARA ALIMENTOS
--	--

¿QUE ALIMENTO DE BEBE LE DA A SU NINO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> REACCION: _____	¿HA INTRODUCIDO TOMANDO DE TAZA? (6 MESES O MAYOR)	¿QUE ALIMENTO DE BEBE LE DA A SU NINO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> REACCION: _____	¿QUE ALIMENTOS DE MESA COME SU BEBE?
--	--	--	--------------------------------------

¿TIENE ALGUNAS PREOCUPACIONES SOBRE EL ALIMENTO DE SU NINO?	FIRMA DE LA PERSONA COMPLETANDO EL ESTUDIO	FECHA FIRMADA	FIRMA DE LA PERSONA COMPLETANDO EL ESTUDIO	FECHA FIRMADA
---	--	---------------	--	---------------

UNO-DOS ANOS DE EDAD

¿ALGUNAS ALERGIAS A LOS ALIMENTOS? (Si sí, especifica e indica la reacción) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> REACCION: _____	¿ALGUNAS INTOLERANCIAS A LOS ALIMENTOS U OMISION? (Si sí, especifica e indica la razón) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> RAZON: _____	¿LE DA A SU BEBE? <input type="checkbox"/> MULTI VITAMINAS <input type="checkbox"/> SUPLEMENTOS DE HIERRO
---	--	--

¿BEBE SU NINO DE UNA BOTELLA? (Si sí, especifica cuando) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUANDO: _____	¿COME SU NINO MATERIALES NO DE ALIMENTO TAL COMO?: <input type="checkbox"/> TIERRA <input type="checkbox"/> BARRO <input type="checkbox"/> PARTICULAS DE PINTURA <input type="checkbox"/> PEGAMENTO <input type="checkbox"/> CRAYONES O LAPICES
--	--

¿TIENE ALIMENTACION SUFICIENTE PARA ALIMENTAR A SU FAMILIA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿PARTICIPA USTED EN CUALQUIER DE LO SIGUIENTE? <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> CUPONES PARA ALIMENTOS
--	--

¿CUANTAS COMIDAS Y MERIENDAS COME SU NINO AL DIA? COMIDAS _____ MERIENDAS _____	HABITOS ALIMENTICIOS (Si Si, indica frecuencia) OMITE COMIDA _____ COMIDAS CON LA FAMILIA _____
--	--

¿CUANTO BEBE SU NINO DE BASE DIARIO? AGUA _____ LECHE _____ JUGO _____ SODA/BEBIDAS DULCE _____	¿CUANTAS HORAS POR DIA HACE SU NINO LO SIGUIENTE? MIRANDO TV _____ JUGANDO JUEGOS DE VIDEO/COMPUTADORA _____
--	---

¿TIENE ALGUNAS PREGUNTAS O PREOCUPACIONES SOBRE LOS HABITOS DE ALIMENTACION DE SU NINO?:
--

¿QUE COMIDAS COME SU NINO?
----------------------------

COMENTOS DEL ENTREVISTADOR
----------------------------

FIRMA DE LA PERSONA COMPLETANDO EL ESTUDIO	FECHA FIRMADA
--	---------------



# SAN BERNARDINO DE CONDADO

## Preschool Services Department

662 S. Tippecanoe Ave., San Bernardino, CA 92415

### ~Estudio de la Nutrición del Niño~ (2-5 Años)

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ DDN :( mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_

Centro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Evaluación de la Nutrición	Sí	No
1. ¿Come su niño fruta y verduras?		
2. ¿Es su niño comedor selectivo ahora?		
3. En los seis meses pasados, ¿encontraron a su hijo ser anémico (baja la sangre de hierro)?		
4. ¿Está su niño activo en juego diariamente?		
5. ¿Tiene su niño estreñimiento frecuente?		
6. ¿Bebe su niño de un biberón ahora?		
7. ¿Tiene su niño dificultad mascar o tragar ahora?		
8. ¿Tiene usted preocupaciones sobre el crecimiento, nutrición o el comer de su niño?		
9. ¿Participa su niño en algunos programas de la Nutrición? (por favor marque todas las que apliquen)		
<input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Estampillas <input type="checkbox"/> Valor WIC <input type="checkbox"/> Otro		

¿Qué seguido come su niño estas comidas? Escriba el número de tiempos por día que su niño come estas comidas.

Grupos de Alimento	Servidas por Día
1. Grupo de Leche: Leche (Entera 2%, 1%, Descremada), Yogur, Queso, Batidos)	0 * 1 * 2 * 3 * 4 * 5 * 6 * 7
2. Carne, Aves, Pez, Frijoles, Huevos: Res, pollo, pavo, cerdo, pez, huevos, manteca de cacahuete, Grupo de nueces: frijoles secos, nueces, guisantes, lentejas	0 * 1 * 2 * 3 * 4 * 5 * 6 * 7
3. Pan, Cereales, Arroz Y Pasta Grupo: Pan (todas clases), cereal caliente o frío, galletas, tortillas, fideos o pasta (todas clases), arroz	0 * 1 * 2 * 3 * 4 * 5 * 6 * 7
4. Grupo de la Vitamina C Enriquecida: Naranjas, toronjas, Limones, Limas, fresas, Tangerina, Sandía, Mangos, Tomates, Repollo	0 * 1 * 2 * 3 * 4 * 5 * 6 * 7
5. Grupo de otras Frutas Y Verduras: Manzanas, Plátanos, Peras, Uvas, Durasnos, Papas, Ejotes, Maíz	0 * 1 * 2 * 3 * 4 * 5 * 6 * 7
6. Grupo de la Vitamina A Enriquecida (por semana): Verde Oscuro o verduras y fruta anaranjada tal como lo verde, zanahorias, brócoli, calabaza de invierno, espinaca, calabaza, camote, albaricoques, ciruelas enlatados, mangos	0 * 1 * 2 * 3 * 4 * 5 * 6 * 7



**SAN BERNARDINO DE CONDADO**  
**Preschool Services Department**  
 662 S. Tippecanoe Ave., San Bernardino, CA 92415  
 ~Estudio de la Nutrición del Niño~ (2-5 Años)

¿Qué seguido come su niño estas comidas? Hágale círculo al número apropiado.

7. Alimentos con grasa: (a) Tocino, carne, salchicha, hot dogs, alimentos fritos (b)mantequilla/margarina, crema, Aderezo regular, mayonesa.	0 * 1 * 2 * 3 * 4 * 5 * 6 * 7 * 7 <sup>+</sup>
8. Sodas y Refrescos tal como Pop, Kool-aid, bebidas con sabor de fruta.	0 * 1 * 2 * 3 * 4 * 5 * 6 * 7 * 7 <sup>+</sup>
9. Azucar y Dulces, tal como pasteles, galletas, cereales con mucha azucar.	0 * 1 * 2 * 3 * 4 * 5 * 6 * 7 * 7 <sup>+</sup>
10. Meriendas saladas como chips, pretzels salados y encurtidos.	0 * 1 * 2 * 3 * 4 * 5 * 6 * 7 * 7 <sup>+</sup>

<b>Alimentación de Sustitución</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>
1. ¿Se limita a su niño alimentos debido a la religión, vegetariano, médicos o creencias personales? Si sí, por favor especifique: _____		
2. ¿Tiene su niño alergias o intolerancias de alimento? Si sí, por favor especifique: _____		
3. ¿Qué clase de reacción tiene su niño al comer la comida especificada? _____		
4. ¿Necesita su niño tener medicamento en la escuela en caso de una reacción alérgica? _____		
5. ¿Está su niño en alguna dieta especial recetada por un médico? Si sí, por favor especifique: _____		

**NOTE TO STAFF - If yes to questions 2, 3, and/or 5 above, Staff must give Physician's statement to parent. If yes to question 2, 4 above, Staff must have parents complete Food Allergy Questionnaire. Site supervisor must provide Medication Forms if parent(s) indicate the need for medication at school from food allergies.**

**NOTE: Substitutions for non-medical reasons (i.e. religious, vegetarian, etc.) will be approved on a case-by-case basis with the Nutrition Manager or Nutritionist. Substitutions for medical reasons will be accommodated only with a signed statement from a licensed physician or other medical authority.**

**Firma del Padre:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Personal:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**\*This Nutrition Survey should be updated yearly, using a new form.\***



REFERRED TO MEDICAL PROVIDER:

YES  NO DATE:

## Early Head Start Cuestionario de Evaluación de la Vista

NOMBRE DEL NIÑO/A:	EDAD:	FECHA DE EVALUACIÓN:
CENTRO:	FECHA DE NACIMIENTO:	
NOMBRE/ TÍTULO:	FIRMA DEL EVALUADOR:	

### EVALUACIÓN DE LA VISIÓN DEL DESARROLLO (marque cada artículo observado)

Sí	No	NACIMIENTO:
___	___	Responde al movimiento o a la luz parpadeando
___	___	El alumno responde a la luz encendida/apagada
___	___	Hace contacto visual momentáneo
Comentarios:		

Sí	No	En 1-2 MESES:
___	___	Mira el objeto, lo sigue visualmente
___	___	Miral al adulto; responde a la voz
___	___	Sigue a la persona con los ojos
___	___	Observa a persona en el cuarto
Comentarios:		

Sí	No	En 2-4 MESES:
___	___	Sostiene y mira el sonajero
___	___	Sonrisa social
___	___	Muestra interés al alcanzar
___	___	Escanea el ambiente visual o se aleja
Comentarios:		

Sí	No	En 4-7 MESES:
___	___	Alcanzar y agarrar juguetes
___	___	Recupera el chupon o la botella perdidos
___	___	Inicia contacto social
___	___	Imitación facial
___	___	Crea contacto social (alcanza)
Comentarios:		

Sí	No	En 7-10 MESES:
___	___	Trabaja para obtener juguetes fuera de alcance
___	___	Descubre juguetes
___	___	Empareja cubos
___	___	Reacciona a extraños
___	___	Muestra distinta reacción a extraños
___	___	Juega peek-a-boo, pat-acake, so-big
Comentarios:		

Sí	No	En 10-13 MESES:
___	___	Trata de construir una torre de cubo
___	___	Imita el garabato
___	___	Explora juguetes
___	___	Pone un objeto adentro de otro
___	___	Encuentra juguete detras de pantalla solida
___	___	Utiliza un objeto en imitación a un adulto
___	___	Da juguete u otro objeto de ida y vuelta
___	___	Rueda la pelota a otro
___	___	Imita acciones
___	___	Usa locomoción para buscar o evitar
Comentarios:		

Sí	No	En 13-18 MESES:
___	___	Camina bien solo
___	___	Coloca bolita en botella
___	___	Construye una torre de dos cubos
___	___	Construye torre de 3-4 cubos
___	___	Encuentra juguete debajo de un vaso
___	___	Explora cajones y gabinetes
___	___	Indica necesidades al señalar
___	___	Identifica una parte del cuerpo
___	___	Juega "¿Dónde está tu ojo?" etc.
___	___	Busca objetos ocultos
___	___	Comienza a desviarse alrededor de obstaculos
___	___	Señala o pide objeto deseado
Comentarios:		

Sí	No	En 18-24 MESES:
___	___	Camina al piso de arriba, sosteniendo barandilla
___	___	Patea pelota grande despues de demostración
___	___	Corre bien
___	___	Tira bolitas
___	___	Construye torres de 5 o 6 cubos
___	___	Coloca formas en el tablero de espuma con ayuda
___	___	Nombra una imagen
___	___	Identifica 5 objetos o imagenes
___	___	Se alimenta bien con cuchara
___	___	Imita actividades de adultos (juega casa, heramienta, etc.)
Comentarios:		

Sí	No	En 24-30 MESES:
___	___	Camina al piso de arriba, alternando pies
___	___	Construye torre de 9 cubos
___	___	Imita los movimientos verticales y horizontales
___	___	Sabe el uso de 3 objetos
___	___	Usa objetos en juego para representar a otros
___	___	Coloca formas en el tablero de espuma sin ayuda
___	___	Imita los movimientos verticales y horizontales
___	___	Identifica 7 imagenes
Comentarios:		

Sí	No	En 30-36 MESES:
___	___	Pone cuentas pequeñas en cuerda
___	___	Construye estructura de tres cubos
___	___	Imita cruz
___	___	Imita estructura de 3-cubos
___	___	Construye torre de 10 cubos
___	___	Copia círculo
___	___	Voltea el libro que esta al revés
Comentarios:		

Source: New Mexico School for the Blind and Visually Impaired (2014)

**\* ANY "NO" RESPONSE OR PARENT/STAFF CONCERN REQUIRES A REFERRAL TO CHILD'S MEDICAL PROVIDER**

**Early Head Start**  
**Cuestionario de Evaluación de la Vista**

**INSTRUCCIONES**

1. Cuestionario debe ser completado dentro de 45 días de la inscripción/fecha de inicio.
2. Explicar el propósito y el proceso de la evaluación al padre/guardián.
3. Determinar la edad del niño/a durante la evaluación.
4. Identificar el conjunto de preguntas para preguntar basadas en la edad del niño/a.
5. Preguntarle al padre cada pregunta dentro del conjunto de preguntas para la edad del niño/a.
6. Para cada pregunta, marcar sí o no dependiendo de la respuesta del padre/guardián.
7. Las secciones de comentario dentro del conjunto deben usarse para anotar cualquier comentario y/o preocupación.
8. Una remisión al proveedor médico del niño/a debe iniciarse para:
  - Cualquier respuesta "No" en el cuestionario de detección
  - Cualquier anomalía visual o conductal notable
  - Cualquier preocupación de Padre y/o del Personal
  - Antecedentes familiares o de niño/a con discapacidad visual



REFERRED TO MEDICAL PROVIDER:

YES  NO DATE:

## Early Head Start Cuestionario de Evaluación Auditiva

NOMBRE DEL NIÑO/A:	EDAD:	FECHA DE LA EVALUACIÓN:
CENTRO:	FECHA DE NACIMIENTO:	
NOMBRE/TÍTULO DEL EVALUADOR:	FIRMA DEL EVALUADOR:	

### EVALUACIÓN DE AUDICIÓN DE DESAROLLO (marque cada artículo observado)

Sí	No	NACIMIENTO - 3 MESES:
___	___	Reacciona a los sonidos fuertes
___	___	Se calma o sonríe cuando le hablan
___	___	Reconoce tu voz/ calma si llora
___	___	Hace coos y hace sonidos de placer
___	___	Diferentes sonidos para diferentes necesidades
___	___	Sonríe al verte
Comentarios:		

Sí	No	12 - 24 Meses:
___	___	Puede señalar a partes del cuerpo cuando se lo piden
___	___	Sigue órdenes simples (rodar la pelota)
___	___	Entiende preguntas simples (¿Dónde está mamá?)
___	___	Disfruta historias, canciones, y rimas simples
___	___	señala imágenes cuando son nombrados en libros
___	___	Adquiere nuevas palabras de forma regular
___	___	Usa una- o dos- palabras en preguntas (¿dónde kitty?)
___	___	Pone dos palabras juntas (¿más galleta?)
___	___	Usa muchas consonantes diferentes al comienzo de las palabras
Comentarios:		

Sí	No	4 - 6 MESES:
___	___	Sigue sonidos con los ojos
___	___	Responde a cambios en el tono de su voz
___	___	Nota juguetes que hacen sonido
___	___	Pone atención a música
___	___	Balucea usando sonidos comenzando con p,b,m
___	___	Se ríe
___	___	Balucea cuando esta emocionado o infeliz
___	___	Hace sonidos de gorgoteo
Comentarios:		

Sí	No	24 - 36 Meses:
___	___	Tiene una palabra para casi todo
___	___	Usa frases de dos- o tres- palabras
___	___	Usa sonidos de k, g, f, t, d, y n
___	___	Habla de una manera que sea comprendida por la familia
___	___	Nombra objetos para pedirlos
Comentarios:		

Sí	No	7 - 12 MESES:
___	___	Juega peek-a-boo y pat-a-cake
___	___	Se da vuelta/Mira en dirección del sonido
___	___	Escucha cuando le hablan
___	___	Entiende palabras comunes (vaso, jugo)
___	___	Responde a peticiones ("ven aquí")
___	___	Balucea con grupos de sonido (tata, bibi)
___	___	Balucea para llamar la atención
___	___	Se comunica con gestos (saludando)
___	___	Imita diferentes sonidos del habla
___	___	A la edad de 1 año tiene una o dos palabras (Hola, Adiós)
Comentarios:		

**\* CUALQUIER RESPUESTA "NO" O PREOCUPACIÓN DE PADRE O DEL PERSONAL REQUIERE UNA REMISIÓN AL PROVEEDOR DEL NIÑO**

Source: National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (2015)

**Early Head Start**  
**Cuestionario de Evaluación Auditiva**

**INSTRUCCIONES**

1. Cuestionario debe ser completado dentro de 45 días de la inscripción/fecha de inicio.
2. Explicar el proposito y el proceso de la evaluación al padre/guardián.
3. Determinar la edad del niño/a durante la evaluación.
4. Identificar el conjunto de preguntas para preguntar basadas en la edad del niño/a.
5. Preguntarle al padre cada pregunta dentro del conjunto de preguntas para la edad del niño/a.
6. Para cada pregunta, marcar sí o no dependiendo de la respuesta del padre/guardián.
7. Las secciones de comentario dentro del conjunto deben usarse para anotar cualquier comentario y/o preocupación.
8. Una remisión al proveedor médico del niño/a debe iniciarse para:
  - Cualquier respuesta "No" en el cuestionario de detección
  - Cualquier anomalía visual o conductal notable
  - Cualquier preocupación de Padre y/o del Personal
  - Antecedentes familiares o de niño/a con discapacidad auditiva



# Head Start - State Preschool - Early Head Start

## Forma de Acuerdo de Asociación de la Familia Individualizado

1. Nombre de la Agencia	2. Centro/Salón de Clases	3. Fecha
4. Nombre del Niño (Apellido, Primer Nombre)	5. Nombre del Padre/Tutor (Apellido, Primer Nombre)	
6. Numero de Teléfono:	7. Dirección de Correo Electrónico:	

**8 Establecimiento de Metas Familiares 1304.40 (a)(2):**

Estoy/estamos listos para participar en el Acuerdo de Asociaciones de Familia Individualizado.  Sí  No

**9. Meta Familiar #1:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**10. Referencias/ Recursos/Nombre de Agencias Comunitarias para ayudar en lograr la meta :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Pasos/Estrategias:	12 Fecha Estimada:	13a. Fecha que se hizo seguimiento: (para cada paso)	13b. Marquen si el padre termino el paso:	14. Persona Responsable:
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
			<input type="checkbox"/>	
puntos que representan los números.			<input type="checkbox"/>	

15. Fecha que el IFPA fue Cerrado:	16. La meta familiar se alinea con los siguientes Resultados de Compromisos de la Familia:	17. La meta familiar se alinea con las siguientes Metas de Preparación Escolar:
<b>Progreso General:</b> 1. <input type="checkbox"/> Esfuerzos iniciales hacia logra la meta (25%) 2. <input type="checkbox"/> Meta parcialmente alcanzada (50%) 3. <input type="checkbox"/> Meta cerca de logro (75%) 4. <input type="checkbox"/> Meta Lograda (100%)	1. <input type="checkbox"/> Bienestar Familiar 2. <input type="checkbox"/> Relaciones Entre Padres e Hijos 3. <input type="checkbox"/> Familias Como Educadores por Vida 4. <input type="checkbox"/> Familias Como Estudiantes 5. <input type="checkbox"/> Participación Activa de la Familia en Transiciones 6. <input type="checkbox"/> Conexiones Familiares con Grupos y Comunidad 7. <input type="checkbox"/> Familias Como Abogados y Lideres	1. <input type="checkbox"/> Social y Emocional 2. <input type="checkbox"/> Lenguaje y Alfabetización 3. <input type="checkbox"/> Desarrollo del Idioma Inglés 4. <input type="checkbox"/> Enfoques de Aprendizaje 5. <input type="checkbox"/> Conocimiento Cognitivo y General 6. <input type="checkbox"/> Desarrollo de la Salud Física

- 18. Opcion Basada en el Hogar: El función de los Padres/Tutores en visitas domiciliarias: 1304.40(a)(2)** (ej.: Estudiante, Maestro, Planificador):
- 19. Funcion del Padre/Tutor en Socializaciones: 1304.40(a)(2)/1306.33(b)** (ej.: Observador, Estudiante, Facilitador del Área, Lider del Grupo de Padres):
- 20. Iniciales del Padre/Tutor Basados en el hogar indican que las secciones 18 & 19 han sido repasadas con ellos.**  
 Iniciales: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
- 21. Firma del Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_ **22. Date:** \_\_\_\_\_
- 23. Firma del Abogado Familiar:** \_\_\_\_\_ **24. Date:** \_\_\_\_\_

1. Agency Name	Enter the name of your Early Head Start/Head Start program.
2. Site/Classroom	Enter the name of the child/pregnant woman site/classroom or home-based designation.
3. Date	Enter date (MM/DD/YY) that staff initiated this form.
4. Child Name	Enter Last Name, First Name of eligible child/pregnant woman.
5. Parent/Guardian Name	Enter Last Name, First Name of the parent/guardian.
6. Phone Number	Enter phone number
7. Phone Number	Enter email address and if parent does not have email address indicate N/A.
8 Family Goal Setting	<p>Inquire about the parent/family interest in participating in an Individualized Family Partnership Agreement. Coaching may be required. A need identified under the Family Assessment may serve as a goal, a child's IEP/IFSP, a parent/guardian wishing to volunteer, or assistance on a pre-existing goal. Parent/Guardian may check they are ready or they are not ready. If yes, complete the steps for the Family Goal and add event into Child Plus. Include date event entered on IFPA form (See number 22 and 23 on IFPA form).</p> <p>If using a pre-existing plan for the family goal, please obtain a copy of the pre-existing plan, Utilize the pre-existing plan to create goals that help support the parent to the complete goals they are currently working on.</p> <p>If no, have the parent/guardian sign at the bottom of the form where a signature is requested if their child is part of a center-based option (Family Child Care) and write N/A on questions 14 – 16 and complete 17-23. If the child is part of a home-based model, questions 14-23 need to be completed.</p> <p>If the parent/guardian declines to participate in the Individualized Family Partnership Agreement, please write that the parent/guardian is not ready to participate in IFPA under the Family Partnership Notes section in Child Plus. Family/parent/guardian must be engaged one more time during the school year (60 days before the last day of school) if they are not ready to participate during the 1st attempt. <b>Signature is not required from family member if goal is developed when family is re-engaged or if family member declines to develop a goal the second time.</b></p>
9. Family Goal #1	Identify a goal the parent/guardian hopes or intends to attain. This may be the same goal as listed on the Family Assessment, a revised version, or a brand new goal. This entry depends totally on the parent/guardian's response. An Event must be entered in ChildPlus for the Family Goal
10. Referrals/Resources/Community Agency	Enter the name of the referral, resource, organization, or individual that will assist the family to attain goal(s). Staff must document provision of resources but need not follow up on resources. Staff must be able to differentiate between a need identified (a referral) and an interest identified (a resource) by communicating with the family. Action needs to be added under the Event in Child Plus for any resource, referral, organization, or individual that was given to the family to assist in attaining the goal.
11. Actions Steps/Strategies	Indicate the steps, strategies, or plans the parent/guardian will initiate to ultimately help him/her attain the goal. Parents may need staff assistance to help identify and list specific strategies that will lead to goal attainment. Please write more than one action or strategy. They should be attainable, realistic, and/or provide a roadmap to assist the family in achieving the goal
12 Target Date	Indicate the date (MM/DD/YY) when the parent/guardian will take action regarding the strategy/action.
13a. Date Follow Up Done 13b. Check box if parent Completed Step.	<p>13a) Indicate the follow-up date (MM/DD/YY) of when you have followed up with the parent on their action steps/strategies. 13b) Check box if parent completed action steps/strategies and leave box blank if no action was completed.</p> <p><b>Add actions (on Child Plus) to align with each follow-up and document in detail how the family is progressing or if there are any barriers to achieving the goal. Staff must document the family's efforts toward goal. Don't just state that you followed up. What happened?</b></p>
14. Responsible Party	Enter the parent/guardian who identified the goal.
15. Date IFPA Closed	<p>Write the close out date (MM/DD/YY). Check the outcome box of the overall progress of the Family Goal. 1. No effort at achieving goal, 2. Initial efforts toward achieving goal, 3. Some progress toward achieving goal, 4. Goal partially achieved 5. Goal achieved). Once the IFPA has been officially closed, FA must re-engage parent for a new goal.</p> <p>Documentation must be indicated in Child Plus.</p>
16. The Family Goals Aligns with PFCE Outcomes	Check the Parent and Family Community Engagement Outcome(s) that align with the Family Goal.
17. The Family Goals Aligns with School Readiness Goal	Check the School Readiness Goal(s) that aligns with the Family Goal.
18. Parent/Guardian Role in Home Visits	Review of the parent/guardian role in home visits for the home-based option is mandated by the Office of Head Start (OHS). Indicate the general parent/guardian role in home visits, which are listed here. More specific information will be discussed with the parent/guardian later by the assigned home visitor.
19. Parent/Guardian Role in Socializations	Review of the parent/guardian role in socializations for the home-based option is mandated by OHS. Indicate the general parent/guardian role in socializations, which are listed here. More specific information will be discussed with the parent/guardian later by the assigned home visitor.
20. Parent/Guardian Initials	Parent/guardian initials and enters the date. This indicates that staff reviewed the general parent/guardian roles with the parent/guardian. Write N/A if the child is part of a center-based option.
21. Parent/Guardian Signature	Parent/guardian signs the form even if he/she declined the opportunity to establish a goal. As stated earlier, signature by the parent/guardian is not required when a family member is re-engaged.
22. Date	Have parent enter date (MM/DD/YY) completed form was signed.
23. Family Advocate Signature	The individual staff member who assisted the parent/guardian in completing this form signs.
24. Date	The individual staff member who signed completed form enters the date (MM/DD/YY).





Family Name: \_\_\_\_\_

Site: \_\_\_\_\_

ChildPlus ID: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## Conociendo a su familia

### Introducción

Estamos aquí para ayudarle con información, recursos, referencias, y oportunidades de entrenamiento. Por favor, háganos saber cómo podemos apoyarlo.

### ¿Tiene una Emergencia?

¿Tiene una emergencia, una necesidad inmediata, o necesita ayuda en este momento?

- |                                       |  |  |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Comida       | <input type="checkbox"/> Ropa                      | <input type="checkbox"/> Asistencia de Servicios Públicos (utilidades) |
| <input type="checkbox"/> Refugio      | <input type="checkbox"/> Consejería                | <input type="checkbox"/> Preocupaciones de la Salud                    |
| <input type="checkbox"/> Mi Seguridad | <input type="checkbox"/> La seguridad de mi hijo/a | <input type="checkbox"/> Abuso de Alcohol/drogas                       |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____  |  |  |

### ¿Está interesado en un taller o actividad?

Tenemos talleres GRATUITOS para familias. Marque cualquiera que le interese.

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Niños con Discapacidades           | <input type="checkbox"/> Modelando Comportamiento Positivo   | <input type="checkbox"/> Aplicación de Alfabetización Footsteps2Brilliance |
| <input type="checkbox"/> Comportamiento Desafiante          | <input type="checkbox"/> Alfabetización Familiar para Padres | <input type="checkbox"/> Transición al Kindergarten                        |
| <input type="checkbox"/> Salud Oral                         | <input type="checkbox"/> Crianza                             | <input type="checkbox"/> Diploma de Preparatoria (High School) en Línea    |
| <input type="checkbox"/> Búsqueda de Empleo                 | <input type="checkbox"/> Salud                               | <input type="checkbox"/> Padres como defensores/Abogacía                   |
| <input type="checkbox"/> No a la Intimidación/ No Bullying  | <input type="checkbox"/> Alimentación Saludable              | <input type="checkbox"/> Preparación Escolar                               |
| <input type="checkbox"/> Programa de Aprendiz               | <input type="checkbox"/> Cuestiones de Dinero                | <input type="checkbox"/> Asma  |
| <input type="checkbox"/> Educación para Adultos/Universidad |  |  |

### ¿Está interesado en Servicios Comunitarios?

¿Desea más información sobre cualquiera de estos servicios?

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vivienda de bajos ingresos          | <input type="checkbox"/> Asistencia de las Utilidades              | <input type="checkbox"/> Recursos de Empleo       |
| <input type="checkbox"/> Servicios de la Salud Mental        | <input type="checkbox"/> Beneficios de Discapacidad                | <input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo  |
| <input type="checkbox"/> Estampillas de comida (food stamps) | <input type="checkbox"/> TANF/CalWORKs                             | <input type="checkbox"/> WIC subsidio alimentario |
| <input type="checkbox"/> Apoyo Legal                         | <input type="checkbox"/> Cuidado de Crianza Temporal (Foster Care) | <input type="checkbox"/> Ingles Segundo Idioma    |
| <input type="checkbox"/> Despensa de Alimentos               | <input type="checkbox"/> Línea de Información 211                  | <input type="checkbox"/> Ayuda con Ropa           |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Sustento de Menores    |  |   |

*Continúa en la próxima página*

## Conociendo a tu familia, Continuación

---

### La salud y seguridad de su familia

- Mi Familia ve a un doctor/dentista:  
 No frecuentemente     Cuando estamos enfermos     Para chequeos
- Mi Familia cocina en casa:  
 0-3 veces a la semana     4-7 veces a la semana     8 o más veces a la semana
- Me siento seguro/a en donde vivo:  
 No     Algo     Sí
- Puedo comprar lo que necesito:  
 Raramente     A veces     Frecuentemente
- Tengo transporte:  
 No     Tomo el autobús     Sí
- 

### Sobre usted y su familia

- Los padres tienen Diploma de Preparatoria (High School):  
 No     Soy un estudiante     Sí
- Ingreso de familia proviene de:  
 No tengo ingreso     Subsidios (TANF)     Empleo
- Yo se usar la disciplina de una manera positiva:  
 No     Creo que sí     Sí
- Me tomo tiempo para mí en ir a la escuela, leer, o asistir a un entrenamiento:  
 No frecuentemente     A veces     Frecuentemente
- Paso el tiempo leyendo, hablando, y/o cantándole a mi niño/a:  
 No frecuentemente     A veces     Frecuentemente
- Estoy activamente enseñándole a mi niño/a a estar listo para la escuela:  
 No     Creo que sí     Sí
- Busco activamente una clase de kindergarten para mi niño/a mayor de 4 años  
 No     Algo     Sí o mi niño es menor de 4 años
- Sé los derechos de mi niño/a en cuanto a la escuela:  
 No     Creo que sí     Sí
- Cuando estoy estresado/a, tengo a alguien con quien hablar:  
 Raramente     A veces     La mayor parte del tiempo
- Estoy involucrado/a en un grupo, como el PTA, iglesia, voluntario, club de libros, etc.  
 No     A veces     Estoy muy involucrado/a
-



*County of San Bernardino*  
*Preschool Services Department*  
**Cuestionario Social/Emocional (EHS)**

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_

Número de ID del Niño: \_\_\_\_\_

**Marque los siguientes comportamientos que le preocupan:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lloro excesivamente más de 30 minutos<br><input type="checkbox"/> No sonrío ni se ríe<br><input type="checkbox"/> Rigidez y arqueado en su espalda cuando lo/a recoge<br><input type="checkbox"/> Problemas de comer: amordazando o vomitando, llenándose la boca o comiendo artículos que no son para comer<br><input type="checkbox"/> Problemas digestivos<br><input type="checkbox"/> Hace sonidos balbuceantes<br><input type="checkbox"/> Estreñimiento o diarrea<br><input type="checkbox"/> Gritos o berrinches<br><input type="checkbox"/> Hace las cosas una y otra vez | <input type="checkbox"/> Balanceándose, aleteo de la mano, movimiento de rotaciones<br><input type="checkbox"/> Ve a objeto señalado<br><input type="checkbox"/> Sigue direcciones simples<br><input type="checkbox"/> Se lastima a sí mismo a propósito<br><input type="checkbox"/> Lastima a otros niños, adultos, o animales<br><input type="checkbox"/> N le gusta ser abrazado o acurrucarse<br><input type="checkbox"/> Duerme ocho a diez horas en un periodo de 24 horas<br><input type="checkbox"/> Problemas para dormirse en tiempo de siesta o en la noche<br><input type="checkbox"/> Incapaz de expresar sus | necesidades atrás vez de palabras o gestos<br><br><input type="checkbox"/> No tiene contacto visual<br><input type="checkbox"/> Sensibilidad al tacto<br><input type="checkbox"/> Sensibilidad a sonidos<br><input type="checkbox"/> Activo o hiperactivo<br><input type="checkbox"/> Incapaz de quedarse con una actividad por lo menos 3 minutos no incluyendo viendo T. V. /se enfoca en actividades estructuradas<br><input type="checkbox"/> Incapaz de cambiarse de una actividad a la próxima sin dificultad<br><input type="checkbox"/> Destruye o daña cosas a propósito |
|--|--|---|

Por favor proporcione comentarios adicionales sobre las áreas de preocupación para el niño o miembro de la familia.


Firma del padre de familia: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del padre de familia: \_\_\_\_\_

El Departamento de Servicios Pre-escolares (PSD) está interesado en todos los aspectos de la salud de su hijo/a. Esto incluye la salud socioemocional. Por favor conteste las preguntas del cuestionario arriba para poder asistir mejor a su hijo/a en caso de que tenga alguna necesidad socioemocional. Gracias.



**Preschool Services Department**

**Phalos Haire**  
Interim Director

**PRESCHOOL SERVICES DEPARTMENT  
SAN BERNARDINO COUNTY**

**CUENTIONARIO SOBRE ALERGIA DE ALIMENTOS**

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_ Centro del Head Start: \_\_\_\_\_

El niño es alérgico a: \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño Intolerancia a la Lactose o alergia a la leche?

¿Qué otro alimento que la leche es su niño alérgico?

¿Cuáles síntomas ocurren cuando el niño come estas comidas?

¿Puede una reacción alérgica amenazar la respiración o amenazar la vida del niño?  
(Sí o No y por favor provea detalles)

Por favor apunte algunas comidas específicas que usted sabe que el niño debe evitar (alimentos que pueden tener el alérgeno como un ingrediente oculto):

¿Cuáles sustituciones de alimentos debe tener su niño en lugar del menu?

¿Necesita su niño tener el medicamento en la escuela en caso de una reacción alérgica?

Sí o No - por favor provea detalles sobre el medicamento: (si sí, por favor pídale a la Supervisora del Centro por las formas de medicamento para llevar a su médico)

Firma del padre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Note: Por favor haga fax esta forma con la Declaración Médica a la Nutricionista al 909-383-2086.**



**SAN BERNARDINO COUNTY  
PRESCHOOL SERVICES DEPARTMENT**

662 S. Tippecanoe Ave, San Bernardino, California, 92415-0630  
(909) 383-2051 Fax (909) 383-2100

**PERMISO PARA SOLTAR INFORMACION**

**Nombre del Niño:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_ **Centro:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Codigo Postal** \_\_\_\_\_ **Telefono** \_\_\_\_\_

Le concedo a Preschool Services Department del Condado de San Bernardino permiso para obtener de o darle a las siguientes personas o agencias información medical pertinente, de desarrollo, social u ota información o sobre mi niño. Comprendo que tal información permanecerá confidencial para todas las otras personas y que tal información será usada solamente para darle a mi niño los mejores servicios professionals disponibles.

Nombre de Agencias y/o Persona: (incluye el nombre de la agencia, domicilio, y numero de telefono)

\_\_\_\_\_  
Nombre de la agencia  
\_\_\_\_\_  
Domicilio  
\_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código Postal  
\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Nombre de la agencia  
\_\_\_\_\_  
Domicilio  
\_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código Postal  
\_\_\_\_\_  
Teléfono

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha Firmada

**Este consentimiento permanecerá en efectivo por un año después de la fecha en que se firmó. Una copia de ésto es tan válido como el original.**

**Yo he recibido una copia de Los Derechos de los Padres y Alumnos.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha Firmada

SAN BERNARDINO COUNTY  
PRESCHOOL SERVICES DEPARTMENT  
*Opcion del Programa en el hogar de Head Start*

**THE PARENT/HOME VISITOR CONSENT TO PARTICIPATE**

*Consentimiento entre padre y visitantes domiciliarios para participar en el programa.*

**As a parent, I agree to a Home Visitor coming into my home to assist me with my pregnancy/infant. I also agree to do the following:**

*Como padre/madre, estoy de acuerdo que la visitadora domiciliaria venga a mi casa y me ayuda con mi hijo. Tambien, estoy de acuerdo con lo siguiente:*

- **Call the day before if I will not be home.**  
*Llamar el dia antes de a visita si no voy a estar en casa.*
  
- **Leave a note if it is impossible to call.**  
*Dejar una nota si fue imposible llamar.*
  
- **Be in the home during the entire visit.**  
*Estar en la casa durante la visita.*
  
- **With the Home Visitor, plan health/family partnership goals.**
  
- **Report progress each week related to health/family partnership goals.**

**As a Home Base Visitor, I agree to respect the home and to the best of my ability:**

*Como la visitadora dominiara, estoy de acuerdo a respetar a su hogar y cumplir con lo siguiente:*

- **Call if a visit must be cancelled.**  
*Llamer si tengo que cancelar la visita.*
  
- **Agree to visit you at the time specified by each party.**  
*Visitar su hogar el dia de la semana y hora acordara.*
  
- **Explain the procedures I am using.**  
*Explicarie el procedimiento/proceso que estoy utilizando.*
  
- **Be well planned for each visit.**  
*Estar lista para cada visitada.*
  
- **Provide opportunities for socialization twice a month and encourage parent to participate.**
  
- **Help you develop knowledge and skills so you can be an effective parent, teacher and advocate for yourself and your infant.**  
*Ayudarle a desarrolar la habilidad de ser un padre/madre y maestro effective para su hijo.*

**Parent's Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_  
*Firma del padre* *Fecha*

**Home Visitor's Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_  
*Firma del visitador domiciliario* *Fecha*