



**Tulsa Educare, Inc.**  
Solicitud de Familia

<b>Nombre del Padre/tutor:</b>	<b>Fecha de Nacimiento del Padre:</b>
--------------------------------	---------------------------------------

**Información de la Familia**

**Cuál de estas describe a su familia de la mejor manera:**     **Un Padre – Mama**     **Un Padre - Papa**     **Ambos Padres**

Por favor marque los cuadritos que describan a su familia:  Padre Adolescente     Unos de los padres está en la cárcel     Uno de los padres esta en el servicio militar o en guerra     Foster Parent     Abuelos u otros familiares que no sean los padres están manteniendo y cuidando a los niños

Tipo de Vivienda: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Casa móvil o tráiler <input type="checkbox"/> Casa de Albergue <input type="checkbox"/> Otro: _____	<b>Tipo de pago de vivienda:</b> <input type="checkbox"/> <b>Propia</b> <input type="checkbox"/> <b>Renta</b> <input type="checkbox"/> <b>Casa subsidiada</b> <input type="checkbox"/> <b>Viviendo con familia/amigos</b>
--	--

¿Está usted o su niño sin hogar, viviendo en un refugio, pagan una tarifa semanal por su vivienda, aguardando para un lugar adoptivo viviendo en un carro o viviendo con un amigo o familiar, porque no puede pagar o encontrar una vivienda económica ? \_\_Sí\_\_ No

Cuál es el idioma principal que se habla en su casa: _____	Cuántas veces se ha movido en los últimos 12 meses: _____
--	---

Medio de transporte de su familia:  Vehículo propio     Camión/Transporte público     Amigo/Familia     Taxi     Otro \_\_\_\_\_

Como se entero acerca del Programa de Educare?

**Información de Contacto**

Dirección:

Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Condado:
---------	---------	----------------	----------

Numero de Teléfono	Tipo de Teléfono	Es este su número principal	Notas y Comentarios (Especifique si este es un numero para mensajes)
	<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

**Ingreso Familiar**

**Ingreso Actual del Hogar:** \$ \_\_\_\_\_     Semanal     Bi-semanal     Quincenal     Mensual     Anual

Yo certifico que esta información es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que la información sobre mis ingresos pueden ser revisados por los representantes del Estado de Oklahoma, el Gobierno Federal, auditores independientes, u otros como sea necesario para la administración de este programa.

Firma del Padre o Tutor \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Por favor marque todos los tipos de Ingresos actuales en su hogar:**  Trabajo     TANF     SSI     Beneficios de desempleo     Manutención para niños     Otro Si marco "Otro" por favor explique: \_\_\_\_\_

Recibe OKDHS Asistencia de Guardería     Si     No    Si contestó Si, trae su documentación?     Si     No

**Miembros de Familia** (Anote a todos los que viven en la misma casa y que nos mantenidos por el sueldo de los Padres del niño/a que esta inscribiendo o que están relacionados con el niño por sangre, matrimonio o adopción.

#	Nombre Legal	Adulto o niño/a	Fecha de Nacimiento	Relación con el Adulto Primario	Sexo	Niño que está inscribiendo	Raza	Etnicidad	Lenguaje Primario	Habla Inglés?	Pais de Nacimiento	Nivel Educativo	Trabajo Escuela Marque abajo todo lo que aplica
1	Padre/Tutor Legal	<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño			<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Indio Am <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Bi-Racial <input type="checkbox"/> Islas Pacific <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Blanco:	<input type="checkbox"/> Indio Am <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Bi-Racial <input type="checkbox"/> Islas Pacific <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Blanco:		<input type="checkbox"/> Muy Bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> No muy bien <input type="checkbox"/> Nada			<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Medico tiempo <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Estudiante/Entrenamiento <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Otro
2		<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño			<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Indio Am <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Bi-Racial <input type="checkbox"/> Islas Pacific <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Blanco:	<input type="checkbox"/> Indio Am <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Bi-Racial <input type="checkbox"/> Islas Pacific <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Blanco:		<input type="checkbox"/> Muy Bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> No muy bien <input type="checkbox"/> Nada			<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Medico tiempo <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Estudiante/Entrenamiento <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Otro
3		<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño			<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Indio Am <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Bi-Racial <input type="checkbox"/> Islas Pacific <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Blanco:	<input type="checkbox"/> Indio Am <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Bi-Racial <input type="checkbox"/> Islas Pacific <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Blanco:		<input type="checkbox"/> Muy Bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> No muy bien <input type="checkbox"/> Nada			<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Medico tiempo <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Estudiante/Entrenamiento <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Otro
4		<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño			<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Indio Am <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Bi-Racial <input type="checkbox"/> Islas Pacific <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Blanco:	<input type="checkbox"/> Indio Am <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Bi-Racial <input type="checkbox"/> Islas Pacific <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Blanco:		<input type="checkbox"/> Muy Bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> No muy bien <input type="checkbox"/> Nada			<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Medico tiempo <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Estudiante/Entrenamiento <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Otro
5		<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño			<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Indio Am <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Bi-Racial <input type="checkbox"/> Islas Pacific <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Blanco:	<input type="checkbox"/> Indio Am <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Bi-Racial <input type="checkbox"/> Islas Pacific <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Blanco:		<input type="checkbox"/> Muy Bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> No muy bien <input type="checkbox"/> Nada			<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Medico tiempo <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Estudiante/Entrenamiento <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Otro
6		<input type="checkbox"/> Adulto <input type="checkbox"/> Niño			<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Indio Am <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Bi-Racial <input type="checkbox"/> Islas Pacific <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Blanco:	<input type="checkbox"/> Indio Am <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Bi-Racial <input type="checkbox"/> Islas Pacific <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Blanco:		<input type="checkbox"/> Muy Bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> No muy bien <input type="checkbox"/> Nada			<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Medico tiempo <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Estudiante/Entrenamiento <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Otro



Nombre del Padre/Tutor:

Fecha de Nacimiento de Padre/Tutor:

**CONTACTOS DE EMERGENCIA**

**SU NINO SOLO SERA ENTREGADO A LAS PERSONAS ENLISTADAS EN ESTA SOLICITUD**

Contacto 1	Nombre	Relación con la familia	<input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia	<input type="checkbox"/> Esta persona puede recoger al niño/a	<input type="checkbox"/> Se le puede dar información acerca de la escuela de su hijo a esta persona
	Teléfono 1      Tipo/Notas	Teléfono 2	Teléfono 3		
Contacto 2	Nombre	Relación con la familia	<input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia	<input type="checkbox"/> Esta persona puede recoger al niño/a	<input type="checkbox"/> Se le puede dar información acerca de la escuela de su hijo a esta persona
	Teléfono 1      Tipo/Notas	Teléfono 2	Teléfono 3		
Contacto 3	Nombre	Relación con la familia	<input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia	<input type="checkbox"/> Esta persona puede recoger al niño/a	<input type="checkbox"/> Se le puede dar información acerca de la escuela de su hijo a esta persona
	Teléfono 1      Tipo/Notas	Teléfono 2	Teléfono 3		
	Nombre	Relación con la familia	<input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia	<input type="checkbox"/> Esta persona puede recoger al niño/a	<input type="checkbox"/> Se le puede dar información acerca de la escuela de su hijo a esta persona
	Teléfono 1      Tipo/Notas				

Firma de Padre o Tutor legal: \_\_\_\_\_

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

Nombre impreso del Padre o Tutor legal: \_\_\_\_\_

<b>Nombre del Niño:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>
-------------------------	-----------------------------

## Encuesta del idioma que se habla en el hogar

1. ¿Qué idioma hablan en su hogar?

\_\_\_\_\_

2. ¿Qué idioma usan los miembros de la familia cuando le hablan al niño en el hogar?

N/A	1	2	3	4	5
No aplica	Solo Ingles	casi siempre Inglés pero, a veces, el idioma que hablamos en el hogar	ambos idiomas por igual	casi siempre el idioma que hablamos en el hogar, pero algo de inglés	solo el idioma que hablamos en el hogar (nada de Inglés)

3. ¿Qué idioma usa el niño cuando habla con los miembros de la familia en el hogar?

N/A	1	2	3	4	5
No aplica	Solo Ingles	casi siempre Inglés pero, a veces, el idioma que hablamos en el hogar	ambos idiomas por igual	casi siempre el idioma que hablamos en el hogar, pero algo de inglés	solo el idioma que hablamos en el hogar (nada de Inglés)

4. ¿Qué idioma usa el niño cuando habla con otros niños en el salón de clase?

N/A	1	2	3	4	5
No aplica	Solo Ingles	casi siempre Inglés pero, a veces, el idioma que hablamos en el hogar	ambos idiomas por igual	casi siempre el idioma que hablamos en el hogar, pero algo de inglés	solo el idioma que hablamos en el hogar (nada de Inglés)

5. ¿Qué idioma usa el niño cuando habla con los maestros?

N/A	1	2	3	4	5
No aplica	Solo Ingles	casi siempre Inglés pero, a veces, el idioma que hablamos en el hogar	ambos idiomas por igual	casi siempre el idioma que hablamos en el hogar, pero algo de inglés	solo el idioma que hablamos en el hogar (nada de Inglés)



**Tulsa Educare, Inc.**  
**Participation Expectations Agreement**

Nombre del Padre/Tutor:

Fecha de Nacimiento del Padre/Tutor:

**Acuerdo de Participación de los Padres**

Tulsa Educare es un Programa Infantil de alta calidad que ayuda a preparar a su hijo/a para la escuela. Para poder tener maestros altamente calificados, currículum extenso y actividades extras que se ofrecen, le cuesta a esta agencia más de \$20,000 al año por niño. Esto se suma a alrededor de \$400 por semana por niño/a y se complementa con donaciones, federales, estatales, locales, y privadas.

Lo único que pedimos a cambio por el costo bajo que recibe es la participación activa de los padres. Las últimas investigaciones han demostrado que las siguientes actividades le llevarán al éxito escolar de su hijo/a a largo plazo. Si usted no cumple con este acuerdo, podríamos vernos en la necesidad de buscar otro niño/a y familia que aprecie los beneficios que están recibiendo.

Su participación es importante para nosotros y para estar seguros de que su niño/a obtenga todos los beneficios del programa de Educare, esperamos que usted:

- **Entienda que usted es la persona más importante y fundamental para la educación de su hijo/a.**
- **Asegúrese de que su hijo/a asista a la escuela todos los días o notificar si va a faltar o si está enfermo.**
- **Pase por lo menos 30 minutos en el salón de clase dos veces a la semana haciendo actividades con su hijo/a.**
- **Participe en su hogar con su niño/a en actividades diseñadas para promover la alfabetización y el aprendizaje.**
- **Sea un participante activo en visitas a la casa y conferencias con los trabajadores sociales y de padres y maestros.**
- **Asista a las reuniones mensuales de padres.**
- **Establezca y mantenga una comunicación constante con personal de la escuela.**
- **Asegúrese de que tengamos su información al corriente para poder hablarle en caso de emergencia.**
- **Revise la información que se envía a casa en el folder del martes.**
- **Mantenga las vacunas y chequeos físicos de su niño/a al corriente. Que lleve a su niño/a si tiene algún problema médico o dental y que nos dé una copia de los resultados de los exámenes finales firmada por el Doctor.**
- **Si su hijo/a no tiene un médico de cabecera o una clínica establecida, el personal e la escuela le ayudara a encontrar uno.**
- **Se le proveerá a su niño/a desayuno, almuerzo y bocadillos nutritivos, Debido a reglas de salubridad, solo comerán la comida preparada por la escuela, no se puede llevar comida a la casa. Se prohíbe traer comida de afuera.**

Firma de Padre/ Guardián: \_\_\_\_\_

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

<b>Consentimiento para servicios de salud</b>	
Nombre del niño:	Fecha de nacimiento:
Nombre del padre o tutor:	Fecha de nacimiento:
<b>Consentimiento para servicios de salud</b>	
<p>Como cumplimiento parcial de mi acuerdo con Tulsa Educare (TEI), yo estoy de acuerdo que mi <b>Niño</b></p> <p>1.) Reciba todos los servicios de salud requeridos por el reglamento de Head Start, durante el tiempo requerido de 45 días a partir del primer día de escuela. Estos servicios pueden ser proveídos por el personal de Educare o por colaboradores o proveedores que han sido contratados. Los proveedores pueden ser del sistema de escuelas públicas, centros médicos de las universidades, y/o compañías afiliadas. Yo entiendo que estos servicios pueden incluir, pero no están limitados a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chequeos/Observaciones del Desarrollo</li> <li>• Observaciones de la salud mental, social ,emocional y de comportamiento</li> <li>• Chequeos de la Visión</li> <li>• Chequeos del oído</li> <li>• Evaluación del Peso y altura</li> </ul> <p>2.) Se cepille los dientes diariamente en la escuela, con pasta dental con fluoruro aprobada por la ADA y proveído por Educare.</p> <p>3.) La información pertinente a el estado de salud, chequeos, observaciones, y evaluaciones de mi hijo, serán compartidos con colaboradores y/o proveedores que han sido contratados. Los proveedores pueden ser escuelas públicas del área, centros médicos de universidades, y/o agencias afiliadas.</p> <p>4.) Yo entiendo que se me pedirá firmar documentos específicos para que mi doctor libere la información necesaria para que el personal de Educare obtenga la información de salud actualizada de mi hijo.</p>	
<b>Firma del padre o tutor:</b> _____ <b>Fecha:</b> _____	
<b>Autorización para el tratamiento de emergencia de menores</b>	
<p>Yo, el padre o tutor legal de <b>Niño</b> doy mi autorización para que se proporcionen servicios de hospitalización, radiografías de emergencia, exámenes, tratamientos o diagnosis anestésico, dental, medico o quirúrgico requeridos por un doctor o dentista con licencia del Estado de Oklahoma que sean ofrecidos para el menor, bajo el consentimiento general, específico o especial del Programa de Educare los cuales tienen custodia temporal del menor.</p> <p>Se sobreentiende que en caso de emergencia este consentimiento, es dado antes de que un tratamiento o diagnostico específico sea requerido. Yo doy mi autorización al personal de TEI de actuar por mi bienestar o de algún miembro de mi familia de acuerdo a como mejor sea juzgado en caso de emergencia que requiera atención medica y al mismo tiempo libero y exonero de cualquier culpa a TEI, sus empleados y/o representantes, de toda acción o causa conocida o desconocida de cualquier lastimadura que pase mientras my familia participa en cualquiera de los programas de TEI. Este consentimiento se mantendrá efectivo a menos de que sea revocado por escrito a TEI.</p>	
<b>Firma del padre o Tutor:</b> _____ <b>Fecha:</b> _____	
<b>Permiso para transportar al niño en caso de emergencia</b>	
<p>Yo entiendo que si el <b>Niño</b> tiene una emergencia médica mientras este en el Programa de Educare, llamaran al 911 para que transporten al niño al hospital más cercano. Si es posible el transporte será proveído al hospital preferido y específico.</p>	
<b>Hospital Preferido:</b> _____	
<b>Firma del padre o Tutor:</b> _____ <b>Fecha:</b> _____	
<b>Permiso para fotografiar al niño</b>	
<p>Yo doy permiso a TEI de usar fotografías o videos de mi familia o mi hijo obtenidos mientras participábamos en TEI. Yo libero a TEI de todas responsabilidades que puedan suceder por el uso de estos materiales para propósitos de publicidad y les cedo el derecho a todos los negativos, fotos, y reproducciones, al igual que mis derechos de inspeccionar o aprobar las fotografías obtenidas.</p>	
<b>Firma del padre o Tutor:</b> _____ <b>Fecha:</b> _____	
<b>Aviso de recibo de la póliza de privacidad</b>	
<p>Por medio de la presente certifico que recibí una copia de la Póliza de Privacidad de Educare. Esta Póliza de Privacidad me da información de cómo Tulsa Educare puede utilizar y distribuir la información personal, educacional y de salud de mi <b>Niño</b>.</p>	
<b>Firma del padre o Tutor:</b> _____ <b>Fecha:</b> _____	



**Tulsa Educare, Inc.**  
Acuerdo de Salud con los Padres

<b>Nombre del Padre o Tutor legal:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>
--	-----------------------------

**Acuerdo de Salud**

El objetivo de Programa de Educación Infantil es hacer todo lo necesario para asegurarse que todos los niños/as reciban servicios de salud y así asegurarse que los niños/as sean personas exitosas e independientes en el futuro. Cada aspecto del bienestar de los niños/as es considerado cuando intentamos conseguir este objetivo; esto incluye la salud física, emocional, cognitiva, emocional y social.

**Objetivo:**

Todos los niños que participan en el programa deben tener los exámenes médicos al día siguiendo el calendario establecido por el estado de Oklahoma (EPSDT) Exámenes de rutina, de diagnostico y de tratamiento.

- Las normas de EPSDT requieren un examen fisico a los 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses, 18 meses, 2 años , 3 años 4 años y 5 años.

**Empleados del Programa se comprometen a:**

- Asistir a los padres/tutor en el proceso para obtener Sooner Care (Medicaid)
- Asistir a los padres/tutor, cuando sea necesario a encontrar servicios médicos
- Proveer información educativa y recursos acerca del calendario de los examen médicos (EPSDT)
- Proveer un ambiente saludable y seguro para el aprendizaje de su hijo/a
- Proveer información a los padres/tutor acerca del progreso de los niños/as

**Padre/Tutor Legal se comprometen a:**

- Llevar al niño/a a todos los exámenes médicos y dentales recomendados al igual que a los servicios de seguimiento cuando algún problema medico ha sido establecido
- Proveer una copia de los resultados de las citas medicas y vacunas actualizadas
- Mantener las vacunas del niño/a actualizadas ya que es un requisito y ley del estado de Oklahoma
- Hacer todas las preguntas necesarias para entender mejor el calendario de exámenes médicos o EPSDT
- Proveer una receta médica que explique los cuidados médicos, medicamentos o tratamientos cuando sean necesarios en la escuela.
  - a) **Todo medicamento debe tener una receta médica antes de que sea administrado en la escuela, Esto incluye medicamentos recetados y no recetados, productos como cremas, bloqueador solar, protector de labios, etc.**
  - b) **Si el niño/a tiene una alergia de comida, el programa requiere tener una nota medica en el archive del niño/a antes de que los servicios de nutrición haga excepciones en la dieta de niño/a.**

Pedir ayuda a los empleados del programa si es necesario para poder cumplir estos requisitos.

**Que quiere decir esto?**

Llevar a su hija/a todos los examen médicos cuando este saludable, permite que los doctores u otro profesional medico se concentre en asegurarse que su hijo/a continúe saludable y creciendo. Que las metas de desarrollo sean examinadas y si hay alguna preocupación tratamientos puedan ser empezados. Cuando un problema o preocupación se diagnostica tempranamente, frecuentemente se puede prevenir consecuencia, al igual que la intervención y tratamiento temprano asegura que su hijo/a tenga mayores posibilidades de éxito en la vida y en los estudios.

Si su hijo tiene alguna condicion mediac que requiera cuidado especial, esta informacion debera ser comuincada por escrito.

Las leyes del Estado de Oklahoma requieren que empleados del Programa reporte cualquier sospecha de abuso o negligencia infantil.

Yo acepto este "Acuerdo de Salud" con el Programa TEI, entendiendo la importancia de mi compromiso con la salud de mi hijo/a.

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



**Tulsa Educare, Inc.**  
**Aplicación del Niño/a**

Una copia de esta forma debe de ser llenada por cada niño/a que este aplicando para el Programa de Educación Infantil TEI

<b>Adulto Primario:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>
<b>Información del Niño/a</b>	
Nombre del Niño/a:	Fecha de Nacimiento:
Nombre que el niño/a prefiere:	Es su niño/a un estudiante que retorna?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Este niño/a vive con: <input type="checkbox"/> Un Padre o Madre <input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Custodia Compartida <input type="checkbox"/> Padres Adoptivos	
Tiene usted custodia del niño/a mencionado arriba? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Compartida	
Si no, de el nombre de la persona que tiene la custodia legal: _____	
Si la custodia es compartida, con quien la comparte: _____	
<b>Preferencia de Región para Inscripción</b>	
Preferencia de Programa:	
<input type="checkbox"/> Educare I- Kendall Whittier	
<input type="checkbox"/> Educare II- Hawthorne	
<input type="checkbox"/> Educare III MaArthur	
<b>Cuidado del Niño/a</b>	
Esta el niño/a inscrito en una guardería tiempo completo o en un programa educacional? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Donde esta el niño/a durante el día? <input type="checkbox"/> Centro de guardería <input type="checkbox"/> Guardería en casa <input type="checkbox"/> Casa de un familiar <input type="checkbox"/> En Casa	
<input type="checkbox"/> Pre-escolar <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Esta buscando un programa educacional para que usted pueda trabajar o ir a la escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Todos los centros de TEI están abiertos de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. Para el programa de Exploradores usted puede hacer pagos personalmente o por medio de OKDHS para aquellas familias que apliquen y califiquen.	
<b>Desarrollo del Niño/a</b>	
Tiene alguna preocupación por la salud o el desarrollo de su niño/a?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Describa su preocupación: _____	
Quien ha expresado esta preocupación:	
<input type="checkbox"/> Su Medico <input type="checkbox"/> Su proveedor de cuidado medico <input type="checkbox"/> Personal de TEI y el Programa de Educación Infantil	
<input type="checkbox"/> Sooner Start <input type="checkbox"/> Miembro de la familia <input type="checkbox"/> Otro(especifique) _____	
El niño(a) tiene un plan de educación especial IEP o IFSP? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Fecha del diagnostico del IEP/IFSP: _____	
Tiene alguna preocupación a cerca del comportamiento o el estado de animo de su niño/a. (Por ejemplo: llora excesivamente, es agresivo(a), se enoja mucho, demuestra comportamiento sexual). <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Describa el comportamiento: _____	
<b>Información Nutricional</b>	
Tiene el niño/a alergia a alguna comida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
A que le tiene alergias? _____ Cual es la reacción: _____	
Esta su niño/a en una dieta especial prescrita por su medico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si?, explique: _____	
Liste los alimentos que no pueda comer por razones medicas, religiosas o personales: _____	
Toma su niño/a vitaminas o suplementos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si?, le prescribieron este suplemento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Come o mastica el niño/a cosas que no son comida? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Ha cambiado el apetito de su niño/a durante el mes pasado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Esta usted preocupado/a por las practicas alimenticias y las comidas que su niño/a consume? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si?, describa: _____	
<b>Recibe WIC? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</b>	
Complete estas dos preguntas si su niño/a tiene entre 0-12 meses	
Que come su niño/a? <input type="checkbox"/> Leche materna <input type="checkbox"/> Formula: (que marca) _____ <input type="checkbox"/> Leche	
<input type="checkbox"/> Otra: _____	
Método de alimentación: <input type="checkbox"/> Pecho <input type="checkbox"/> Biberón	





**Tulsa Educare, Inc.**

**Aplicación del Niño/a**

Una copia de esta forma debe de ser llenada por cada niño/a que este aplicando para el Programa de Educación Infantil TEI

<b>Nombre del Niño/a:</b> _____	<b>Fecha de Nacimiento:</b> _____
---------------------------------	-----------------------------------

**Información Medica**

Doctor/Clínica: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dentista: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Especialista: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Seguro Medico:  SoonerCare  Medicaid  India  Privado  Ninguno  Otro: \_\_\_\_\_  
 Nombre de su proveedor de seguro: \_\_\_\_\_ Incluye cobertura dental?:  Si  No  
 Numero de la póliza de seguro: \_\_\_\_\_ Fecha de expiración del seguro: \_\_\_\_\_

**Historial Medico**

Ha sido su niño hospitalizado o ha tenido cirugías?  Si  No Si?, explique: \_\_\_\_\_  
 Ha tenido su niño un accidente grave?  Si  No Si?, explique: \_\_\_\_\_  
 Identifique alguna condición de salud actual o previa en su niño/a:  
 Anemia  Diabetes  Asma  
 Problemas de escucha  Murmullos del corazón  Problemas al masticar o tragar  
 Usa aparato para el oído  Anemia falciforme  Constipación frecuente  
 Problemas de visión  Alergias  Diarrea frecuente  
 Utiliza lentes  Eccema  
 Toma su niño medicamentos en casa?  Si  No  
 Necesitara su niño tomar medicamentos en la escuela?  Si  No  
 Si?, cual es el nombre del medicamento: \_\_\_\_\_  
 Porque toma su niño este medicamento: \_\_\_\_\_

**Información del Nacimiento**

Peso: \_\_\_\_\_ Libras \_\_\_\_\_ Onzas      Altura: \_\_\_\_\_ pulgadas  
 Tiempo de Gestación:  Terminó  Prematuro (semanas) \_\_\_\_\_  Mas de 2 semanas tarde  
 Tipo de parto:  Vaginal  Cesaría  No se  
 Cuanto tiempo se quedo el infante en el hospital:  Rutina  No-Rutina, duración de la estadía \_\_\_\_\_  
 Lugar del parto:  Hospital/Clínica  Centro de Maternidad  Casa  Desconocido  
 Hubo alguna complicación durante el parto (pre-termino, estrés del feto, etc.)?  Si  No  No se  
 Si?, describa, \_\_\_\_\_  
 Tuvo el bebe algún problema al nacer?  Si  No  
 Si?, describa \_\_\_\_\_  
 Describa cualquier defecto de nacimiento notorio \_\_\_\_\_  
 Tuvo la madre problemas de salud durante el embarazo o el parto?  Si  No  
 Si?, describa \_\_\_\_\_

**Liberación de Responsabilidad**

Yo estoy de acuerdo and liberar y dejar sin culpa alguna a Tulsa Educare, Inc (TEI,Inc.), agentes, empleados y representantes, de toda y cualquier tipo de responsabilidad o que tenga cualquier tipo de conexión con cualquier perdida, accidente, lastimadura, daños o gastos que yo o mi familia hayamos sufrido como resultado de nuestra participación en cualquiera de los programas de TEI Inc, incluyendo cualquier acto ó falta de acción intencional o no intencional por: (1) cualquier persona que no sea un representante o empleado de TEI Inc, ó (2) cualquier otro voluntario.

Nombre del participante: \_\_\_\_\_  
 Firma de participante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Políticas de Privacidad

### Estamos Comprometidos a Proteger la Información de Clientes

Para poder servirle de la mejor manera posible hoy y en el futuro, es posible que solicitemos que nos entregue cierta información. Nosotros comprendemos que le puede preocupar que vamos a hacer con esta información—especialmente “información personal”, educacional, medica o económica. Estamos de acuerdo con que usted tiene el derecho de saber como vamos a utilizar la información personal que usted nos provea. Por tal motivo, hemos adoptado estas Políticas de Privacidad, las cuales detallan el uso y manejo de su información personal.

### Aplicación

Estas Políticas de Privacidad gobiernan el uso de la información que usted nos entregue. Las Políticas, no gobiernan de que manera utilizamos la información que obtengamos por otros medios como los son los records públicos, otras personas u otras entidades.

### Tipos de Información

Dependiendo de que servicios usted necesite de nosotros, los tipos de información personal a recaudarse pueden ser:

- Información que recibamos en su aplicación, formas y en otras comunicaciones con nosotros, ya sea escrita, en persona, por teléfono u otros medios;
- Información acerca de sus transacciones con nosotros, nuestras compañías afiliadas u otras; y
- Información que recibamos de agencias de reportes de consumidores.

### Uso de Información

Educare del Condado de Tulsa (TEI ) sigue todas las leyes federales y estatales en relación a la información que usted nos provee. El Acta de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) regula como tratamos los records de los estudiantes y el Acta de Seguro de Salud Portabilidad y Recuento (HIPAA) regula como tratamos los records de salud. A continuación un resumen de las dos.

En general la información que solicitamos de usted será utilizada y divulgada en asociación con los servicios proveídos para usted, el pago de esos servicios y las operaciones de negocios de TEI (esfuerzos para el control de calidad y análisis de clientes). Nosotros no divulgaremos su información a aquellas partes que no estén afiliadas, a excepción de: (1) si es necesario para que nosotros podamos proveer los productos y servicios que usted nos haya solicitado; o (2) si es permitido por la ley.

También es posible que su información personal sea compartida con una o más de nuestras compañías afiliadas. Estas compañías afiliadas incluyen compañías que provén servicios financieros, servicios de inversiones, organizaciones sin fines de lucro, clínicas, agencias del estado, y compañías involucradas en servicios de bienes y raíces como lo son, las compañías de evaluaciones, de garantías de casas y las compañías de titulo/cierre. Si su consentimiento es nulo, la cantidad de información personal compartida con estas compañías será mínima y solo será lo necesario para proveer servicios, pago de servicios y operaciones de negocio. Podemos proveer información agregada del cliente sin consentimiento previo.

### Clientes Anteriores

Aun cuando usted ya no sea cliente de nosotros, nuestras Políticas de Privacidad aplican para usted y su información, la cual podemos mantener en nuestro poder indefinidamente.

### Seguridad y Confidencialidad

Nosotros haremos todo lo posible para que su información no sea usada por personas que no estén autorizadas. Nosotros solo permitimos el uso de su información no personal a aquellos individuos y entidades mencionados anteriormente en el párrafo de arriba. Para asegurarle que su información será tratada con responsabilidad y de acuerdo a como dicten las Política de Privacidad, nosotros entrenaremos y supervisaremos a nuestros empleados y agentes de la mejor manera posible. En este momento, constamos con procedimientos, físicos y electrónicos para salvaguardar su información personal no publica, los mismos están en orden con las regulaciones estatales y federales.

### Enmiendas

TEI reserva el derecho de cambiar los términos de la Política de Privacidad, y proveerá una copia actualizada en persona, por correo o a través de nuestra pagina de correo <http://www.educaretulsa.org/>

### **Notificación de Derechos bajo FERPA**

El Acta de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) otorga a padres y estudiantes con más de 18 años de edad ("estudiantes aptos") ciertos derechos con respecto a los records educativos del estudiante. Estos incluyen:

1. El derecho de inspeccionar y verificar los records educativos del estudiante. Los padres o estudiantes aptos, deben de poner de manera escrita al Educare del Condado de Tulsa (TEI) una solicitud que identifique específicamente que records desean inspeccionar. TEI hará los arreglos necesarios para la inspección y notificará a los padres o estudiantes acerca de la hora y lugar donde puedan ver los records.
2. El derecho de solicitar cambios a los records del estudiante, siempre y cuando los padres o el mismo estudiante perciban ciertos datos como incorrectos, falsos, o en violación a los derechos bajo FERPA. TEI retiene el derecho a negarse a hacer los cambios a los records. Si TEI decide no hacer los cambios, ellos notificarán al los padres o al estudiante apto acerca de la decisión y les notificarán acerca del derecho que los padres y el estudiante tiene a una audiencia para discutir los cambios.
3. Siempre y cuando se encuentre entre los límites permitidos por FERPA, los padres y el estudiante tienen el derecho a divulgar información que se encuentre en los records y que obviamente son de naturaleza personal. Hay una excepción que permite el divulgar información privada a oficiales escolares sin autorización, siempre y cuando estos cuenten con razones educativas legítimas. Un oficial escolar es una persona que trabaje para TEI ya sea un administrador, supervisor, instructor, o miembros de soporte incluyendo personal médico y de salud; una persona que este en la mesa directiva de TEI; una persona o compañía que TEI contrate para que provea servicios en lugar de usar sus propios empleados u oficiales; o un padre o estudiante que este trabajando en un comité oficial, tal como lo es un comité disciplinario o de quejas, o este ayudando a otro oficial de otra escuela a hacer su trabajo. Un oficial escolar tiene un interés educacional legítimo si necesitar revisar los records para poder cumplir con su responsabilidad profesional.

### **HIPAA Notificación de Privacidad**

**Esta notificación específica como el Educare del Condado de Tulsa (TEI) puede utilizar su información médica. Esta notificación también explica como usted puede obtener su información médica.**

TEI sigue todas las leyes estatales y federales necesarias para proteger la privacidad de su información médica. Esta notificación dice los derechos que usted tiene para mantener su información médica privada. Esta notificación también dicta que es permitido que TEI haga con su información médica de acuerdo con la ley.

#### **Derechos de Información Médica**

##### **Derecho a inspeccionar y copiar:**

Usted tiene el derecho de mirar la información médica que TEI tiene en sus records. Usted también tiene el derecho de obtener copias de esta información. Usted no tiene el derecho de ver notas de sicoterapias. Usted tampoco tiene el derecho de ver la información médica necesaria para corte o acciones administrativas.

##### **Derecho a pedir correcciones:**

Si usted piensa que la información que TEI tiene es incorrecta, o faltan partes, usted puede solicitar que TEI haga las correcciones. La solicitud debe de ser de manera escrita. TEI puede negar su solicitud, si usted no da una razón para el cambio. La solicitud también puede ser rechazada por TEI si TEI no creó la información médica o si ellos piensan que la información es correcta.

##### **Derecho a un recuento de divulgaciones:**

TEI no tiene que notificarle cuando su información médica es divulgada debido a tratamientos médicos, pagos por tratamientos médicos para usted o cuando da su información a programas que proveen cuidado de salud operado por TEI. Si su información es divulgada por cualquiera otra razón, y si usted hace la solicitud, le entregaremos una lista de estas divulgaciones. Solo le entregaremos divulgaciones echas después del 14 de Abril del 2003. Le entregaremos un máximo de seis años de divulgaciones.

##### **Derecho a pedir restricciones:**

Usted puede pedir que TEI solo use su información para tratamientos médicos, pagos de cuidados médicos, y para la operación de programas de cuidado médicos. TEI puede rechazar su solicitud. Si su solicitud es aceptada por TEI, TEI aun puede utilizar su información para cuidados de emergencia.

##### **Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales:**

Usted puede solicitar que TEI hable con usted acerca de su salud de cierta manera. Por ejemplo, puede pedir que TEI solo le llame a su casa. Si la solicitud es razonable TEI tratará de complacerle.

##### **Derecho a pedir una copia impresa de esta notificación:**

Mande una solicitud por escrito para obtener una copia impresa de esta notificación a: Officer Manager, Tulsa Educare, Inc., 3420 N. Peoria, Tulsa, OK, 74106.

#### **Si usted quiere utilizar alguno de estos derechos,**

Envíe una solicitud escrita a: Officer Manager, Tulsa Educare, Inc., 3420 N. Peoria, Tulsa, OK, 74106.

Para mas información llame a su trabajador social, director de de centro o al el Programa de Educación Infantil TEI.

**Que puede hacer TEI con su información medica**

TEI puede utilizar su información de cuidado medico de la siguiente manera,

**Tratamiento:**

Aquellas personas que le den cuidado medico, pueden diseñar un plan de cuidados para usted. Estas personas incluyen a enfermeras, doctores, terapeutas y trabajadores sociales. Las personas que trabajan en TEI pueden compartir su información médica para que sus servicios puedan ser manejados.

**Pagos:**

TEI puede dar su información a un programa de salud para pagar sus servicios. Su información médica también puede ser dada a programas de gobierno para que sus beneficios sean manejados de mejor manera. Ejemplo de estos programas son "Medicaid" y Compensaciones de Trabajadores "Workers' Compensation".

**Operaciones:**

TEI puede utilizar su información para asegurarse que usted esta recibiendo un bueno cuidado de salud. Su información puede ser compartida con aquellas compañías que TEI paga para que le den cuidado medico. Estas compañías, al igual que TEI, deben de seguir las mismas reglas para mantener su información médica privada.

**Agencias de gobierno que provee beneficios y servicios:**

TEI puede compartir su información médica con las agencias de gobierno que le estén dando beneficios. TEI solo hará esto si es necesario para que usted reciba sus beneficios.

**Descuidos médicos:**

TEI puede compartir su información médica con otras agencias, cuando sea requerido por la ley por descuidos médicos. Ejemplo de descuidos médicos son inspecciones y auditorias.

**Ley:**

TEI entregara su información médica a oficiales de la ley, solo cuando sea requerido por leyes estatales o federales.

**Investigadores médicos, examinadores médicos, directores de funeral:**

Cuando sea requerido por ley, TEI entregara su información médica a investigadores médicos, examinadores médicos y directores de funerales.

**Donadores de órganos:**

Si usted es un donador de órganos, TEI compartirá su información médica con aquellas instituciones que participen en donación de órganos o trasplantes.

**Detener un problema de salud o seguridad serio:**

TEI puede dar su información médica para detener un problema serio de salud o seguridad para usted mismo o para alguien más.

**Militares:**

Si usted es un veterano o un miembro de las fuerzas armadas, TEI puede ser mandado a compartir su información medica con los militares o la administración de veteranos.

**Cuando sea requerido por la ley:**

Cuando sea requerido por leyes estatales, federales o locales, TEI compartirá su información médica.



## **“Ya entregué la aplicación de mi hijo/a, ahora qué?”**

Primero, nos gustaría darle las gracias por tomarse el tiempo para completar un paquete de inscripción para el programa de Tulsa Educare y proporcionar toda la documentación requerida.

Ahora que ha tomado el primer paso, esto es lo que puede esperar:

Su aplicación será procesada lo más rápido posible. Nuestro programa está en alta demanda y los espacios son limitados. Nuestra lista de espera no es numérico ni es "el que llega primero, se le atiende primero."

Si no podemos colocar a su hijo de inmediato, su hijo será asignado a la lista de espera. Cada niño es muy importante para nosotros, y haremos nuestro mejor esfuerzo para colocar a su hijo, pero le pedimos que tenga paciencia y espere que nosotros le llamamos para informarle que tenemos un lugar para su hijo/a.

Cuando se disponga un lugar para su hijo/a, un personal de Educare le llamará al número de contacto que nos ha dado, así que asegúrese de mantener esta información actualizada. Si usted tiene alguna pregunta en el futuro, o necesita actualizar su información, por favor llame a nuestra oficina.

Tulsa Educare cercano a Kendall Whittier-918 779-6233 (5 º y Atlanta)

Tulsa Educare cercano a Hawthorne- 918- 508-2250 (Calle 36 Norte y Peoria)

Tulsa Educare cercano a MacArthur- 539-832-8200 (21 y Sheridan)

Una vez más, gracias por su aplicación y esperamos servirle pronto a usted y su familia.

Nuestro horario es de lunes - viernes de 7:00 a.m. - 6:00 p.m.