

<b>Nombre del Padre/tutor:</b>		<b>Fecha de Nacimiento del Padre/tutor:</b>	
<b>Información de la Familia</b>			
<b>Cuál de estas describe a su familia de la mejor manera:</b> <input type="checkbox"/> Mamá Soltera <input type="checkbox"/> Papá Soltero <input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Custodia Compartida			
Por favor marque los cuadritos que describan a su familia: <input type="checkbox"/> Padre Adolescente <input type="checkbox"/> Unos de los padres está en la cárcel <input type="checkbox"/> Uno de los padres está en el servicio militar o en campo de guerra <input type="checkbox"/> Padre en programa de Foster <input type="checkbox"/> 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"/> Propia <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Vivienda Subsidiada <input type="checkbox"/> Viviendo con familia/amigos	
¿Está usted o su niño sin hogar y viviendo en un albergue? __ Sí __ No			
Cuál es el idioma principal que se habla en su casa: _____		Cuantas veces se ha mudado en los últimos 12 meses: _____	
Medio de transporte de su familia: <input type="checkbox"/> Vehículo propio <input type="checkbox"/> Bus/Transporte público <input type="checkbox"/> Amigo/Un familiar <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Otro _____			
¿Cómo se entero acerca del Programa de Educare? <input type="checkbox"/> Por medio de otra organización <input type="checkbox"/> Volante <input type="checkbox"/> En Educare <input type="checkbox"/> Alguien le menciona del Programa <input type="checkbox"/> Otro _____			
<b>Información de Contacto</b>			
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Condado:
Correo electrónico:		<input type="checkbox"/> Marque aquí si quiere recibir información de la escuela como anuncios y otros mensajes importantes vía mensajes electrónicos (ej. Correo electrónico, mensaje de texto)	
Número de Teléfono	Tipo de Teléfono	Es este su número principal	Notas y Comentarios (Especifique si este es un número 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	
<b>Ayuda de Servicios Sociales</b>			
<b>Por favor marque todos los servicios sociales que recibe su familia:</b> <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> WIC			
¿Recibe Subsidio de Cuidado Infantil de parte de OKDHS? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No              Si contestó Si, ¿trajo su documentación? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
<b>Estudios Académicos y Estatus Militar</b>			
Por favor conteste <i>Si</i> o <i>No</i> en las siguientes declaraciones: Está inscrito en la escuela (grado de 12vo o menor) _____ Diploma de la Secundaria _____ Título de asociado _____ Título de licenciatura universitaria (4 años o más de estudios) _____  Inscrito en un programa de capacitación laboral _____  Al menos uno de los padres está actualmente activo en el ejercito de los EE.UU. _____ Al menos uno de los padres es veterano del ejercito de los EE.UU. _____			

<b>Miembros de la Familia</b> (Anote a todos los que viven en la misma casa y que son sostenidos por el mismo sueldo de los padres del niño/a que está inscribiendo o que están relacionados con el niño por parentesco, matrimonio o adopción.													
#	Nombre Legal	Adulto o niño/a	Fecha de Nacimiento	Relación con el Adulto Primario	Sexo	¿Niño que está aplicando?	Etnicidad	Lenguaje Primario	Lenguaje Secundario	Habla Inglés?	País de Nacimiento	Nivel Educativo	Empleo/Escuela Marque 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"/> Nativo Ameri <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Bi-Racial <input type="checkbox"/> Islas del Pacifi <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Blanco			<input type="checkbox"/> Competente <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Nada			Empleador: Escuela: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Estudiante/En Entrenamiento <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Discapacidad <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"/> Nativo Ameri <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Bi-Racial <input type="checkbox"/> Islas del Pacifi <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Blanco			<input type="checkbox"/> Competente <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Nada			Empleador: Escuela: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Estudiante/En Entrenamiento <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Discapacidad <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"/> Nativo Ameri <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Bi-Racial <input type="checkbox"/> Islas del Pacifi <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Blanco			<input type="checkbox"/> Competente <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Nada			Empleador: Escuela: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Estudiante/En Entrenamiento <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Discapacidad <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"/> Nativo Ameri <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Bi-Racial <input type="checkbox"/> Islas del Pacifi <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Blanco			<input type="checkbox"/> Competente <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Nada			Empleador: Escuela: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Estudiante/En Entrenamiento <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Discapacidad <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"/> Nativo Ameri <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Bi-Racial <input type="checkbox"/> Islas del Pacifi <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Blanco			<input type="checkbox"/> Competente <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Nada			Empleador: Escuela: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Estudiante/En Entrenamiento <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Discapacidad <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 Ameri <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Bi-Racial <input type="checkbox"/> Islas del Pacifi <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Blanco			<input type="checkbox"/> Competente <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Nada			Empleador: Escuela: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Estudiante/En Entrenamiento <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Otro

<b>Nombre del Padre/Tutor:</b>	<b>Nombre del niño:</b>	<b># de Salón:</b>
--------------------------------	-------------------------	--------------------

**CONTACTOS DE EMERGENCIA**

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

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

Escriba en letra de molde el nombre del Padre o Tutor legal: \_\_\_\_\_

**Nombre del Niño:** \_\_\_\_\_

**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 Inglés	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 Inglés	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 Inglés	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 Inglés	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.

## Aplicación del Niño/a

Complete una copia separada de este formulario por cada niño/a que está inscribiendo en los programas de Educación Infantil TEI

### Cabeza de Familia:

#### Información del Niño/a

Nombre del Niño/a:	Fecha de Nacimiento:
Nombre de preferencia del niño/a:	¿Su niño ha asistido a Educare previamente? <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 la custodia del niño/a antes mencionado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Compartida	
Si no, provea el nombre de la persona que tiene la custodia legal: _____	
Si la custodia es compartida, ¿con quién la comparte?: _____	

#### Preferencia de Región para Inscripción

Educare I- Kendall Whittier  Educare II- Hawthorne  Educare III-MacArthur

#### Cuidado del Niño/a

¿Está inscrito el niño/a en una guardería a tiempo completo o en un programa educacional?  Si  No

Si es así, ¿qué tipo?  Centro de guardería  Guardería en casa  Casa de un familiar  En Casa  Pre-escolar

Otro: \_\_\_\_\_

¿Está buscando un lugar de cuidado de niños o un programa educacional para su hijo para que usted pueda trabajar o ir a la escuela?  Si  No

#### Desarrollo del Niño/a

¿Tiene alguna preocupación por la salud o el desarrollo de su niño/a?:  Si  No

Si es así, describa su preocupación: \_\_\_\_\_

¿Quién ha expresado esta preocupación?:

Su Medico  Proveedor de cuidado médico  Personal de TEI y el Programa de Educación Infantil

Sooner Start  Miembro de la familia  Otro(especifique) \_\_\_\_\_

¿Tiene el niño/a documentación de una discapacidad, un plan de educación especial IEP o IFSP, o necesita servicios especiales?  Si  No Fecha del IEP/IFSP: \_\_\_\_\_

¿Tiene alguna preocupación acerca del comportamiento o el estado de animo de su niño/a? (Por ejemplo: llora excesivamente, es agresivo(a), se enoja mucho, demuestra comportamiento sexual).  Si  No

Si es así, describa el comportamiento: \_\_\_\_\_

#### Información Nutricional

¿Es el niño/a alérgico a alguna comida?  Si  No

¿A que le tiene alergias? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es la reacción?: \_\_\_\_\_

¿Esta su niño/a en una dieta especial prescrita por su médico?  Si  No Si es así, explique: \_\_\_\_\_

Liste los alimentos que no pueda comer por razones médicas, religiosas o personales:

\_\_\_\_\_

¿Toma su niño/a vitaminas o suplementos?  Si  No Si?, tiene receta médica para el suplemento?  Si  No

¿Come o mastica el niño/a cosas que no son comida?  Si  No

¿Ha cambiado el apetito de su niño/a durante el mes pasado?  Si  No

¿Está usted preocupado/a por las practicas alimenticias y las comidas que su niño/a consume?  Si  No

Si es así, describa: \_\_\_\_\_

Complete estas dos preguntas si su niño/a tiene entre 0-12 meses

¿Que come su niño/a?  Leche materna  Formula: (especifique la marca) \_\_\_\_\_  Leche

Otra: \_\_\_\_\_

Método de alimentación:  Pecho  Biberón



# Tulsa Educare, Inc.

## Aplicación del Niño/a

Complete una copia separada de este formulario por cada niño/a que está inscribiendo en los programas de Educación Infantil TEI

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

**Información del Servicio Médico**

Nombre de la Clínica Médica: \_\_\_\_\_ Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la Clínica Dental: \_\_\_\_\_ Nombre del Dentista: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Especialista: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Tipo de Seguro Médico:  SoonerCare  Medicaid  Nativo Americano  Privado  Ninguno  Otro: \_\_\_\_\_  
 Nombre de su proveedor de seguro: \_\_\_\_\_ ¿Incluye cobertura dental?:  Si  No  
 Número de la póliza de seguro: \_\_\_\_\_ Fecha de expiración del seguro: \_\_\_\_\_

**Historial Medico**

¿Ha estado hospitalizado el niño 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 auditivos  Murmullos del corazón  Problemas al masticar o tragar  
 Usa aparato para el oído  Anemia falciforme  Estreñimiento 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?, ¿cuál es el nombre del medicamento? \_\_\_\_\_  
 ¿Por qué 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  Cesárea  Se desconoce  
 ¿Cuánto tiempo se quedó el bebé en el hospital?  Rutina  No-Rutina, duración de la estadía \_\_\_\_\_  
 Lugar del parto:  Hospital/Clínica  Centro de Maternidad  Casa  Se desconoce  
 ¿Hubo alguna complicación durante el parto? (prematuro, sufrimiento fetal, parto de nalgas, etc.)?  Si  No  
 Se desconoce ¿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 Responsabilidades**

Yo estoy de acuerdo en 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, herida o lesión, 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 o falta de acción intencional o no intencional por: (1) cualquier persona que no sea un representante o empleado de TEI Inc., o (2) cualquier otro voluntario.

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



**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: \_\_\_\_\_

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> _____	





<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.

<b>Firma del Padre/Tutor:</b> _____	<b>Fecha:</b> _____
-------------------------------------	---------------------



## **“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.