

Nombre del Padre/tutor:		Fecha de Nacimiento del Padre/tutor:	
Información de la Familia			
Cuál de estas describe a su familia de la mejor manera: <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: _____		Tipo de pago de vivienda: <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 menciono del Programa <input type="checkbox"/> Otro _____			
Información de Contacto			
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	
Ayuda de Servicios Sociales			
Por favor marque todos los servicios sociales que recibe su familia: <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			
Estudios Académicos y Estatus Militar			
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. _____	

Miembros de la Familia (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?	Pais 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

Nombre del Padre/Tutor:	Nombre del niño:	# de Salón:
--------------------------------	-------------------------	--------------------

CONTACTOS DE EMERGENCIA

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 puede dar información a esta persona acerca de su hijo con respecto a la escuela
	Teléfono 1	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 puede dar información a esta persona acerca de su hijo con respecto a la escuela
	Teléfono 1	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 puede dar información a esta persona acerca de su hijo con respecto a la escuela
	Teléfono 1	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 puede dar información a esta persona acerca de su hijo con respecto a la escuela
	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 del hogar:

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
¿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

Información 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 principal 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 ¿Tiene su niño prescripción de Epi-Pen para esta alergia? Si No

¿A que tiene alergias? _____ ¿Cuál es la reacción?: _____

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

Si usted ha contestado 'sí' a cualquiera de las preguntas previas, formularios adicionales serán requeridos antes de que su hijo pueda asistir a clase.

¿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

Método de alimentación: Pecho Biberón

Consulte la lista de fórmulas que proporcionamos. Si su hijo requiere una fórmula específica debido a una afección médica, se requerirá un formulario adicional, firmado por el médico de su hijo antes de que podamos proporcionarle la fórmula.



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

Nombre del Niño/a: _____	Fecha de Nacimiento: _____															
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: <input type="checkbox"/> SoonerCare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____ Nombre de su proveedor de seguro: _____ ¿Incluye cobertura dental?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Número de la póliza de seguro: _____ Fecha de expiración del seguro: _____																
Historial Medico																
¿Ha estado hospitalizado el niño o ha tenido cirugías? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si?, explique: _____ ¿Ha tenido su niño un accidente grave? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si?, explique: _____ Identifique alguna condición de salud actual o previa en su niño/a: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Anemia</td> <td><input type="checkbox"/> Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/> Asma</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Problemas auditivos</td> <td><input type="checkbox"/> Murmullos del corazón</td> <td><input type="checkbox"/> Problemas al masticar o tragar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Usa aparato para el oído</td> <td><input type="checkbox"/> Anemia falciforme</td> <td><input type="checkbox"/> Estreñimiento frecuente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Problemas de visión</td> <td><input type="checkbox"/> Alergias</td> <td><input type="checkbox"/> Diarrea frecuente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Utiliza lentes</td> <td><input type="checkbox"/> Eccema</td> <td></td> </tr> </table> ¿Toma su niño medicamentos en casa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Necesitara su niño tomar medicamentos en la escuela? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Si?, ¿cuál es el nombre del medicamento? _____ ¿Por qué toma su niño este medicamento? _____		<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Problemas auditivos	<input type="checkbox"/> Murmullos del corazón	<input type="checkbox"/> Problemas al masticar o tragar	<input type="checkbox"/> Usa aparato para el oído	<input type="checkbox"/> Anemia falciforme	<input type="checkbox"/> Estreñimiento frecuente	<input type="checkbox"/> Problemas de visión	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/> Utiliza lentes	<input type="checkbox"/> Eccema	
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Asma														
<input type="checkbox"/> Problemas auditivos	<input type="checkbox"/> Murmullos del corazón	<input type="checkbox"/> Problemas al masticar o tragar														
<input type="checkbox"/> Usa aparato para el oído	<input type="checkbox"/> Anemia falciforme	<input type="checkbox"/> Estreñimiento frecuente														
<input type="checkbox"/> Problemas de visión	<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Diarrea frecuente														
<input type="checkbox"/> Utiliza lentes	<input type="checkbox"/> Eccema															
Información del Nacimiento																
Peso: _____ Libras _____ Onzas Altura: _____ Pulgadas Tiempo de Gestación: <input type="checkbox"/> Terminó <input type="checkbox"/> Prematuro (semanas) _____ <input type="checkbox"/> Mas de 2 semanas tarde Tipo de parto: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Se desconoce ¿Cuánto tiempo se quedó él bebé en el hospital? <input type="checkbox"/> Rutina <input type="checkbox"/> No-Rutina, duración de la estadía _____ Lugar del parto: <input type="checkbox"/> Hospital/Clínica <input type="checkbox"/> Centro de Maternidad <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Se desconoce ¿Hubo alguna complicación durante el parto? (prematuro, sufrimiento fetal, parto de nalgas, etc.)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce ¿Si?, describa, _____ ¿Tuvo él bebe algún problema al nacer? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Si?, describa _____ Describa cualquier defecto de nacimiento notorio _____ ¿Tuvo la madre problemas de salud durante el embarazo o el parto? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si?, describa _____																
Liberación de Responsabilidades																



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

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 que le pedimos a cambio es simplemente una participación activa y comprometida en nuestro programa. La última investigación ha demostrado que las siguientes actividades conducirán al éxito escolar a largo plazo de su hijo.

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.
- TEI es miembro del Programa de Alimentos del USDA. Debido a las regulaciones de salud, solo se puede servir la comida provista y preparada por la escuela. TEI hace todo lo posible para satisfacer las necesidades dietéticas especiales, mientras se adhiere estrictamente a las regulaciones del USDA. La documentación en un formulario aprobado, firmado por un médico con licencia, debe estar en el archivo de cualquier niño que no pueda, debido a una necesidad médica u otra dieta especial, consumir ciertos alimentos.

Firma de Padre/ Guardián: _____

Fecha: _____



Tulsa Educare, Inc.

Autorizaciones y Consentimientos

Esta forma debe ser llena para cada niño aplicando a Tulsa Educare Inc.

Los términos Niño y Padre o Tutor en el este documento se refieren a los nombres a continuación:

Nombre del niño:	Fecha de nacimiento:
Nombre del padre o tutor:	Fecha de nacimiento:

Consentimiento para servicios de salud

Como cumplimiento parcial de mi acuerdo con Tulsa Educare (TEI), yo estoy de acuerdo que mi **Niño**:

- 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 provistos 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:
 - Chequeos/Observaciones del Desarrollo
 - Observaciones de la salud mental, social, emocional y de comportamiento
 - Chequeos de la visión y oído
 - Evaluación del peso y altura
- 2.) Debe cepillarse los dientes diariamente en la escuela, con pasta dental con fluoruro aprobada por la ADA y provista por Educare.
- 3.) La información pertinente al estado de salud, chequeos, observaciones, y evaluaciones de mi hijo, serán compartidas 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.
- 4.) Entiendo que me requerirán 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.
- 5.) Entiendo que TEI obtendrá los registros de las vacunas actualizadas del sitio web de Servicios de Inmunización de Oklahoma OSIS según sea necesario para estar en cumplimiento.

Firma del padre o tutor: _____ **Fecha:** _____

Autorización para el tratamiento de emergencia

Yo, el padre o tutor legal de **Niño** doy mi autorización para que se suministren servicios de hospitalización, radiografías de emergencia, exámenes, tratamientos o diagnóstico anestésico, dental, médico 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. Esto implica que en caso de emergencia este consentimiento, es dado antes de que un tratamiento o diagnóstico 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 con su mejor criterio en caso de emergencia que requiera atención médica 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 lesión incurrida al participar en cualquiera de los programas de TEI. Este consentimiento se mantendrá efectivo a menos de que sea revocado por escrito a TEI.

Firma del padre o tutor: _____ **Fecha:** _____

Permiso para transportar al niño en caso de emergencia

Yo entiendo que si el **Niño** tiene una emergencia médica mientras este en el Programa de Educare, llaman al 911 para que transporten al niño al hospital más cercano. Si es posible se le transportara al hospital preferido y específico.

Preferencia de Hospital para el niño: _____

Preferencia de Hospital para el padre o tutor: _____

Firma del padre o tutor: _____ **Fecha:** _____

Permiso para fotografiar

Yo doy permiso a TEI de usar fotografías o videos de mi familia o mi hijo obtenidos mientras participamos en TEI. Yo libero a TEI de toda responsabilidad que pueda 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.

Firma del padre o tutor: _____ **Fecha:** _____

Aviso de recibo de la política de privacidad

Reconozco que he recibido una copia de la Política de Privacidad de Educare. Esta Política de Privacidad me da información de cómo Tulsa Educare puede utilizar y distribuir la información personal, educacional y de salud de mi **Niño**.

Firma del padre o tutor: _____ **Fecha:** _____



Nombre del Padre o Tutor legal:	Fecha de Nacimiento:
--	-----------------------------

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: _____
-------------------------------------	---------------------



“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.