

# DOCUMENTOS PARA TRAER A LA CONFERENCIA CON LA MAESTRA DE TU NIÑO

Estudiantes Nuevos	Estudiantes que regresan	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Formulario de Inscripción.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Formulario de Datos en Caso de Emergencia
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Autorización para Entregar el Niño/a
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Formulario de Salud de Inscripción Escolar del Estado de Virginia
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Autorizaciones Varias del Programa
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Acuerdo de Normas de Young Children's Program
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Permiso para Paseos y Viajes de Excursión
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Partida de Nacimiento*

## Si Su Hijo/a Necesita Atención Médica Especial:

*Los documentos están disponibles a pedido de Sr. Reece\*\**

- |                                     |                                     |  |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Consentimiento por escrito de medicamentos VDSS* (si su hijo puede requerir medicamentos en la escuela por una afección médica de emergencia)  |
| <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Plan de atención médica individual VDSS * (si su hijo tiene una afección de salud crónica, incluida una alergia alimentaria o ambiental) que requiere la atención del personal de YCP) |

\*Requisitos de licencia requieren documentación de las identidades y edades de cada niño/a a la entrada inicial en el programa. **Los padres de estudiantes nuevos deben traer la Partida de Nacimiento certificada u otra documentación oficial a la conferencia de la escuela.** Si su niño/a no tiene una Partida de Nacimiento, es importante que la pida inmediatamente (están disponibles en línea y en la mayoría de oficinas del médico). **Será necesario que traiga prueba de este pedido como confirmación provisional.** Si su niño/a asistió el YCP el año pasado, no tiene que traer la Partida de Nacimiento otra vez. **HAY QUE completar todo el papeleo, incluyendo el registro de un examen de salud e inmunizaciones, antes de que tu niño/a este permitido/a asistir la escuela.**

\*\*Copias en blanco también están disponibles en línea a [www.jmu.edu/coe/ycp](http://www.jmu.edu/coe/ycp) bajo la pestaña "Enrollment Forms"

# Lista de Materiales para Estudiantes de YCP

A continuación hay una lista de cosas para que su hijo traiga a la escuela. Si bien tenemos una lista de artículos imprescindibles y necesarios para que traiga su hijo/a, también hay cosas opcionales que nos gustaría que traigan ya que beneficiarían a la clase. **Los suministros y materiales adicionales relacionados con COVID-19 se anunciarán a fines de Julio.**

## Artículos Necesarios:

- ✓ Ropa extra para la temporada apropiada
- ✓ Un par de zapatos tenis o botas, adecuados para jugar en el agua, la lluvia, el lodo, etc.
  - Estas cosas se quedarán en la escuela
- ✓ Una botella de agua
  - Irá a casa todas las tardes/noches
- ✓ Mochila/bolsa lo suficientemente grande para llevar todos sus materiales semanales
- ✓ Lonchera
- ✓ Manta y peluche para la hora de la siesta
  - Estos objetos irán a casa todos los Viernes
- ✓ *Si su hijo/a requiere pañales, toallitas húmedas, etc. por favor traiga estos artículos también*

## Artículos Opcionales:

- ✓ Pañuelos de papel
- ✓ Gel antibacterial
- ✓ Pegamento en barra
- ✓ Marcadores
- ✓ Toallitas húmedas
- ✓ Toallas de papel

POR FAVOR ETIQUETE TODOS ARTÍCULOS CON EL NOMBRE DE SU HIJO/A



**Programa de niños pequeños *YOUNG CHILDREN'S PROGRAM***  
**Facultad de educación *College of Education***  
**Universidad *James Madison University***

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

Nombre complete del niño/a		Nombre que prefiere		Sexo <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino											
Domicilio del niño		Teléfono de la casa		Fecha de nacimiento											
Nombre de la persona adulta principal, miembro de la familia			Lugar de empleo												
Dirección <input type="checkbox"/> igual a la del niño/a		Teléfono de la casa	Teléfono durante las horas de trabajo	Teléfono celular											
Dirección de correo electrónico															
¿Cómo podemos comunicarnos con usted durante las horas de escuela?															
Nombre de la persona adulta principal, miembro de la familia			Lugar de empleo												
Dirección <input type="checkbox"/> igual a la del niño/a		Teléfono de la casa	Teléfono durante las horas de trabajo	Teléfono celular											
Dirección de correo electrónico															
¿Cómo podemos comunicarnos con usted durante las horas de escuela?															
Persona/s u organización que posee la custodia legal del niño/s (si no son los adultos nombrados aquí arriba) <input type="checkbox"/> N/A															
Domicilio (si es diferente a la de arriba) <input type="checkbox"/> N/A			Teléfono de la casa <input type="checkbox"/> N/A												
Dirección del lugar de empleo o negocio (si es diferente a la de arriba) <input type="checkbox"/> N/A			Teléfono durante las horas de trabajo <input type="checkbox"/> N/A												
<b>Hermanos/as (inclusive hermanastros y hermanastras)</b> <table border="0"> <thead> <tr> <th>Primer nombre</th> <th>Edad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>2. _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>3. _____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>4. _____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>			Primer nombre	Edad	1. _____	_____	2. _____	_____	3. _____	_____	4. _____	_____	Pueden incluir el nombre de nuestro niño/a, de los adultos en nuestra familia, el número de teléfono y la dirección de la casa en la lista de estudiantes que se comparte con las familias del programa <i>YCP</i> . <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no  Tenemos internet y podemos recibir los boletines de noticias del programa y del aula por correo electrónico o por medio de la página en internet del <i>YCP</i> <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no		
Primer nombre	Edad														
1. _____	_____														
2. _____	_____														
3. _____	_____														
4. _____	_____														

### UNA PRESENTACIÓN DE SU NIÑO/A

¿Qué tipo de cosas le interesan a su niño/a; cuáles son sus actividades y/o juguetes favoritos?

¿Hay alguna cosa que le cause temor o ansiedad a su niño?  sí  no  
De ser así, por favor cuéntenos un poco más al respecto:

Describa la rutina que tiene su niño/a para ir al baño. ¿Cuántas veces se hace sin querer o no llega al baño?

¿A qué centro de cuidado infantil, hogar o escuela ha asistido su niño/a anteriormente?

¿Cuándo su niño/a no asiste a YCP quién cuida de él/ella?

¿En alguna ocasión, serán otras personas, que no son parientes, quienes llevarán o buscarán a su niño/a de la escuela?

¿Su niño/a habla inglés?  sí  no

¿En la casa se habla otro idioma que no sea el inglés?  sí  no  
De ser así, ¿cuál idioma?

¿Hay algo que quisiera que sepamos sobre su idioma, para que sepamos cómo apoyar a su familia?

¿Quisiera que las notificaciones del programa YCP le sean enviadas en otro idioma, además del inglés?  sí  no  
De ser así, ¿en qué otro idioma?

¿Hay algo que quisiera que sepamos acerca de las creencias, tradiciones o composición de su familia que podría ayudarnos a conocer y atender mejor a su niño/a en la escuela?

### INFORMACIÓN EN CUANTO A SU SALUD

¿Tiene su niño/a alguna dificultad con el habla, para escuchar, visual o motriz?  sí  no  
De ser así, por favor brinde la mayor información posible para que los docentes puedan obrar de la mejor manera posible y de acuerdo a su condición.

¿Sufre su niño de alguna alergia o intolerancia a algún alimento, medicamento u otra sustancia?  sí  no

De ser así, por favor cuéntenos más al respecto:

¿Podemos poner una advertencia sobre dicha alergia o intolerancia en el aula, para que el personal pueda verlo y tenerlo en cuenta con mayor facilidad?  sí  no

*El departamento de servicios sociales de Virginia (VDSS) requiere que se disponga de un plan individual para el cuidado de la salud (Individual Health Care Plan) cuando un niño tiene una condición de este tipo; este plan debe ser firmado por el médico del niño antes del inicio del período escolar. Comuníquese con el director del YCP para obtener una copia de este formulario y para hacer una cita para elaborar este plan.*

¿Tiene su niño/a una enfermedad crónica o problema de salud (además de alguno que haya mencionado aquí arriba)  
De ser así, por favor cuéntenos más al respecto:  sí  no

*El departamento de servicios sociales de Virginia (VDSS) requiere que se disponga de un plan individual para el cuidado de la salud (Individual Health Care Plan) cuando un niño tiene una condición de este tipo; este plan debe ser firmado por el médico del niño antes del inicio del período escolar. Comuníquese con el director del YCP para obtener una copia de este formulario y para hacer una cita para elaborar este plan.*

¿Su niño/a toma algún medicamento con regularidad?  sí  no  
De ser así, por favor cuéntenos más al respecto:

¿Este medicamento afecta el comportamiento de su niño/a de alguna manera? ¿De qué manera?

El programa YCP solamente le dará medicamento a un niño/a en una situación de urgencia médica. ¿El medicamento de su niño/a es en caso de emergencia?  sí  no

*De ser así, el departamento de servicios sociales de Virginia (VDSS) requiere que se disponga de un plan individual para el cuidado de la salud (Individual Health Care Plan) cuando un niño tiene una condición de este tipo; este plan debe ser firmado por el médico del niño antes del inicio del período escolar. Comuníquese con el director del YCP para obtener una copia de este formulario y para hacer una cita para elaborar este plan.*

*Bajo las pautas de departamento de servicios sociales de Virginia (VDSS), las cremas de protección solar y los repelentes de insectos son considerados como medicamentos. El programa YCP les recomienda a los padres ponerles esta protección a los niños ANTES de venir a la escuela, cuando lo encuentren necesario. Si no pudieran hacer esto por alguna razón, deben completar una autorización médica por escrita y traer a la escuela la protección solar o el repelente en su envase original y con una etiqueta con el nombre del niño. Comuníquese con el director del YCP para obtener una copia de este formulario.*

Si su niño/a necesita usar una crema o loción para protegerse del sol o los insectos, ¿usted le podrá dicha crema o loción antes de llevarlo a la escuela?  sí  no

## Departamento de servicios sociales de Virginia, VA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES

### ACUERDO

1. El centro de cuidado infantil está de acuerdo en notificar a los padres/tutores legales cuando el niño esté enfermo y los padres/tutores legales buscarán al niño lo más pronto posible, de ser solicitado por el centro de cuidado infantil.
2. Los padres/tutores legales autorizan al centro de cuidado infantil a brindarle atención médica de urgencia si ocurre una situación de emergencia y los padres/tutores legales no pueden ser ubicados de inmediato.  
\*\*
3. Los padres/tutores legales se comprometen a informar al centro de cuidado infantil, dentro de un período de 24 horas o al siguiente día, cuando el niño o un miembro del hogar ha contraído una enfermedad contagiosa, bajo la definición de la junta de salud del estado (*State Board of Health*), y de inmediato si se trata de una enfermedad que puede ocasionar la muerte.

### FIRMAS

\_\_\_\_\_  
Padre/s o tutor/es legal/es

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Personal directivo del centro de cuidado infantil

\_\_\_\_\_  
Fecha

Fecha de ingreso del niño a este centro: \_\_\_\_\_

Fecha de egreso: \_\_\_\_\_

\*\* Si se objeta a la prestación de atención médica de urgencia, se debe obtener una declaración por parte de los padres dejando asentada dicha objeción y su razón.

**PARA USO ADMINISTRATIVO  
VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD**

---

**OFFICE USE ONLY  
IDENTITY VERIFICATION**

If proof of identity is required and a copy is not kept, please fill out the following.

<b>Place of Birth</b>	<b>Birth Date</b>	<b>Birth Certificate Number</b>	<b>Date Issued</b>
<b>Other Form of Proof</b>		<b>Date Documentation Viewed</b>	<b>Person Viewing Documentation</b>

Date of Notification of Local Law-Enforcement Agency (when required proof of identity is not provided):

\_\_\_\_\_

*Date*

Proof of the child's identity and age may include a certified copy of the child's birth certificate, birth registration card, notification of birth (hospital, physician or midwife record), passport, copy of the placement agreement or other proof of the child's identity from a child placing agency (foster care and adoption agencies), record from a public school in Virginia, certification by a principal or his designee of a public school in the U. S. that a certified copy of the child's birth record was previously presented or copy of the entrustment agreement conferring temporary legal custody of a child to an independent foster parent. Viewing the child's proof of identity is not necessary when the child attends a public school in Virginia *and* the center assumes responsibility for the child directly from the school (i.e., after school program) or the center transfers responsibility of the child directly to the school (i.e., before school program). While programs are not required to keep the proof of the child's identity, documentation of viewing this information must be maintained for each child.

Section 63.2-1809 of the Code of Virginia states that the proof of identity, if reproduced or retained by the child day program or both, shall be destroyed upon the conclusion of the requisite period of retention. The procedures for the disposal, physical destruction or other disposition of the proof of identity containing social security numbers shall include all reasonable steps to destroy such documents by (i) shredding, (ii) erasing, or (iii) otherwise modifying the social security numbers in those records to make them unreadable or indecipherable by any means.

**032-05-252/11 (06/05)**

Por favor  
complete con tinta  
oscura.

**FORMULARIO DE DATOS EN CASO DE EMERGENCIA**

Nombre del niño/a		Teléfono de la casa
Dirección de la casa		
En caso de emergencia, se notificará a uno de los padres, lo más pronto posible. Por favor anote todos los números de teléfono en los que se lo podría encontrar.		
Adulto, miembro de la familia, nro. 1		Relación
Números de teléfono (por orden de prioridad)		
Adulto, miembro de la familia, nro. 2		Relación
Números de teléfono (por orden de prioridad)		
Debe anotar los nombres de, por lo menos, dos personas más que pudieran responder en caso de emergencia. Si no se puede ubicar a los padres, se llamará a las personas listadas, en el orden en que las ha anotado.		
Persona nro. 1		Relación
Dirección completa	Números de teléfono	
Persona nro. 2		Relación
Dirección completa	Números de teléfono	
Médico del niño/a		Teléfono del médico
Compañía de seguro médico	Número de póliza	Nombre del titular de cuenta
<input type="checkbox"/> Mi niño/a no tiene plan de cobertura de salud <input type="checkbox"/> El personal docente de YCP puede ver la información de mi seguro médico que he presentado. <input type="checkbox"/> No deseo compartir información acerca de la cobertura de salud de mi niño/a.		
Autorizo al personal del programa de niños pequeños, <i>Young Children's Program</i> , a acudir a un servicio médico de urgencia en casos de emergencias cuando los padres no pueden ser ubicados de inmediato.		
_____	_____	
Fecha	Nombre (en imprenta) de uno de los adultos responsables del niño	Firma



**ESTADO DE VIRGINIA**  
**FORMULARIO DE LA SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA**  
**Formulario con información sobre la salud / Informe de examen físico integral / Certificación de inmunización**

**Parte I – FORMULARIO CON INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD**

La ley del Estado (Ref. Código de Virginia 22.1-270) requiere que su niño esté inmunizado y que reciba un examen completo de su estado físico antes de ingresar al kínder o a la escuela primaria pública. **El padre o tutor legal debe completar esta página (Parte I) del formulario.** Un profesional médico debe completar las partes II y III del formulario. Este formulario debe ser completado previamente, pero no más de un año antes del ingreso del niño a la escuela.

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Grado (en el que está ahora): \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_  
 apellidos primer nombre segundo nombre

Fecha de nacimiento: / / Género: \_\_\_\_\_ Estado o País de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Idioma principal: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre o tutora legal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Trabajo o Celular: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor legal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Trabajo o Celular: \_\_\_\_\_

En caso de emergencia llamar a: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Trabajo o Celular: \_\_\_\_\_

Condición	Sí	Comentario	Condición	Sí	Comentario
Alergia (alimento, insectos, medicina, látex)			Diabetes		
Alergia (con los cambios de estaciones)			Lesión en la cabeza, contusión		
Asma o problema respiratorio			Problema auditivo o sordera		
Déficit de atención/Desorden de hiperactividad			Problema cardíaco		
Problema de comportamiento			Intoxicación por plomo		
Problema de desarrollo			Problema muscular		
Problema de la vejiga			Epilepsia		
Problema de sangrado			Enfermedad de células falciformes (no tratado)		
Problema intestinal			Problema del habla		
Parálisis cerebral			Lesión en la columna		
Fibrosis quística			Cirugía		
Problema dental			Problema de la vista		

Describa cualquier otra información importante relacionada a la salud del niño (por ejemplo: alimentación por tubo, hospitalizaciones, uso de oxígeno, audífono, aparato de ortodoncia, etc.): \_\_\_\_\_

Enumere todos medicamentos recetados, no recetados y remedios caseros que toma su niño regularmente: \_\_\_\_\_

Marque aquí si quiere compartir información con la enfermera de la escuela u otra autoridad escolar de manera confidencial:  Sí  No

Suministre la siguiente información	Nombre	Teléfono	fecha de última cita
Pediatra/Médico general			
Especialista			
Dentista Trabajador Social (si corresponde)			

Seguro médico del niño:  ninguno  FAMIS Plus (Medicaid)  FAMIS  privado/comercial/patrocinado por el empleador

Yo, \_\_\_\_\_ ( Sí) ( No) autorizo al profesional médico de mi niño y al profesional de la salud de la escuela a hablar, entre sí, sobre asuntos que se refieren a la salud de mi niño y/o a intercambiar información relacionada a este formulario. Esta autorización se mantendrá vigente hasta que usted la retire. Usted puede anular su autorización en cualquier momento; para ello comuníquese con la escuela de su niño. Quedará documentado en el archivo de su niño cada vez que se comparta alguna información.

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

Firma de la persona llenando este formulario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del intérprete: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ESTADO DE VIRGINIA  
FORMULARIO DE LA SALUD PARA EL INGRESO A LA ESCUELA**

**Parte II Certificación de inmunización**

**Sección I**

**A ser completado por un médico o persona asignada por él, enfermera diplomada o representante del departamento de salud.**

**Ver Sección II para inscripción condicional y excepciones.**

En lugar de este formulario, se puede aceptar una copia de una cartilla o registro de vacunas debidamente firmada o sellada por un médico o profesional de la salud, con las fechas (mes, día y año) en que se hayan aplicado las vacunas requeridas. Se debe adjuntar dicha copia a este formulario.

Para el ingreso escolar, es obligación contar con las vacunas marcadas con un asterisco. El formulario debe tener la firma y fecha del personal médico o del representante del departamento de salud en el cuadro correspondiente.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____					
apellido		primer nombre		segundo nombre	
				mes día año	
Inmunización	Fecha (mes, día, año) en que se aplicó las dosis de la vacuna				
* Difteria, Tétano, Tos ferina (DTP, DTap)	1	2	3	4	5
* Difteria, Tétano, Tos ferina (DT) o Td (después de los 7 años de edad)	1	2	3	4	5
* Refuerzo Tdap (6to grado)	1				
* Poliomielitis (IPV, OPV)	1	2	3	4	
* Vacuna contra la influenza tipo B (Hib conjugado)	1	2	3	4	
* solamente para niños <60 meses de edad	1	2	3	4	
* Neumococo (PCV conjugado)	1	2	3	4	
* solamente para niños <60 meses de edad	1	2	3	4	
Sarampión, Paperas y Rubeola (vacuna triple vírica SPR)	1	2			
* Sarampión (Rubeola)	1	2	Confirmación serológica de inmunidad al sarampión		
* Rubeola	1	2	Confirmación serológica de inmunidad a la rubeola		
* Paperas	1	2			
* Vacuna contra la Hepatitis B	1	2	3	4	
<input type="checkbox"/> Se usó fórmula para adultos de Merck	1	2	3	4	
* Varicela	1	2	Fecha en que se contrajo varicela o confirmación serológica de inmunidad a la varicela		
Vacuna contra la Hepatitis A	1	2			
Vacuna contra la Meningitis	1				
Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano	1	2	3		
Otro	1	2	3	4	5
Otro	1	2	3	4	5
<p>Certifico que este niño <b>ESTÁ VACUNADO DEBIDAMENTE O DE ACUERDO A SU EDAD</b>, conforme a los requisitos MÍNIMOS para asistir a la escuela, centro de cuidado infantil o preescolar, estipulados por las regulaciones para la inmunización de niños en las escuelas (<i>Regulations for the Immunization of School Children, Reference Section III</i>), de la junta estatal de la salud (<i>State Board of Health</i>).</p> <p><b>Firma del personal médico o representante del departamento de salud:</b> _____</p> <p><b>Fecha (mes, día, año):</b> ____/____/____</p>					

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_

**Sección II**  
**Inscripción condicional y excepciones**

Complete la sección sobre excepciones médicas o inscripción condicional de ser necesario, incluyendo fecha y firma.

Excepción médica: Según el Código de Virginia (22.1-271.2, C (ii)), yo certifico que la aplicación de las siguiente/s vacuna/s perjudicaría la salud del estudiante. La vacuna/s es/son contraindicadas porque (por favor especifique):

\_\_\_\_\_

DTP/Dtap/Tdap: [  ] DT/Td: [  ] Polio: [  ] Influenza: [  ] Neumonía: [  ] Sarampión: [  ] Rubeola: [  ] Paperas: [  ]  
Hepatitis B: [  ] Varicela: [  ]

Esta contraindicación es permanente: [  ] o temporaria: [  ] y restringe la vacunación hasta la fecha: (mes, día, año): \_\_/\_\_/\_\_

Firma del personal médico o representante del departamento de salud: \_\_\_\_\_

Fecha (mes, día, año): \_\_/\_\_/\_\_

**EXCEPCIÓN POR RAZONES RELIGIOSAS:** El Código de Virginia exime la aplicación de las vacunas requeridas para asistir a la escuela si el estudiante o sus padres/tutores legales presentan una declaración jurada en la oficina encargada de la inscripción escolar explicando que la vacunación se contrapone a la doctrina o costumbre religiosa del estudiante. Esta declaración jurada debe redactarse en un formulario especialmente creado para presentar una excepción por razones religiosas (*Certificate of religious exemption, form CRE-1*). Puede obtener dicho formulario en el departamento de salud, la oficina del superintendente de la división escolar o el departamento de servicios sociales. Refiérase al Código de Virginia 22.1- 271.2 C (i).

**INSCRIPCIÓN CONDICIONAL:** De acuerdo al Código de Virginia 22.1-271.2 B, certifico que este niño ha recibido por lo menos una dosis de cada una de las vacunas requeridas, por la junta de salud del estado (*State Board of Health*), para asistir a la escuela, y que el niño tiene un plan para completar los requisitos dentro de los próximos 90 días. La próxima vacuna deberá aplicarse en \_\_\_\_\_.

Firma del personal médico o representante del departamento de salud: \_\_\_\_\_

Fecha (mes, día, año): \_\_/\_\_/\_\_

*Sección III*  
*Requisitos*

**Para ver los requisitos mínimos de vacunación para ingresar a un establecimiento escolar o de cuidado infantil, consulte la página en internet de la división de inmunización (*Division of Immunization*):**

<http://www.vdh.virginia.gov/epidemiology/immunization>

Los niños deberán ser vacunados de acuerdo al esquema de inmunización desarrollado y publicado por los centros para el control de enfermedades (o CDC, por sus siglas en inglés), el comité asesor en métodos de vacunación (ACIP), la academia americana de pediatría (AAP), y la academia americana de médicos de familia (AAFP). También se conoce dicho esquema como las recomendaciones del ACIP (refiérase al Código de Virginia 32.1-46 (a)). (Los requisitos están sujetos a cambios).

### Parte III – INFORME DE EXAMEN FÍSICO INTEGRAL

**La Parte III debe ser completada por un médico, un enfermero autorizado a expender recetas o un médico asociado, debidamente capacitado y licenciado.** El examen debe realizarse (no más de un año) antes del inicio del kínder o de la escuela primaria (refiérase al Código de Virginia 22.1-270). Las instrucciones para completar este formulario pueden encontrarse en [www.vahealth.org/schoolhealth](http://www.vahealth.org/schoolhealth).

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo:  M  F

#### Evaluación de la salud

Fecha de evaluación: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Peso: \_\_\_ libras      Altura: \_\_\_ pies \_\_\_ pulgadas

Índice de masa corporal (IMC): \_\_\_\_\_ Presión arterial: \_\_\_\_\_

Se completó historial de acuerdo a la edad y sexo

Se ofrecieron recomendaciones preventivas

#### Examen físico

1 = dentro de lo normal

2 = resultado anormal

3= se deriva a evaluación o tratamiento

	1	2	3		1	2	3		1	2	3
cabeza, oídos, ojo, nariz, garganta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	neuroológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	urinario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Control sobre la tuberculosis (TB):

No se sospecha infección de TB     Los síntomas no corresponden a la enfermedad de TB activa

Se identificaron síntomas o factores de riesgo de infección de TB

Prueba de detección de tuberculosis: *TST IGRA* Fecha: \_\_\_ Lectura del *TST* \_\_\_ mm Resultado del *TST IGRA*  Positivo  Negativo

Se requiere una radiografía de tórax si la prueba de tuberculosis (síntomas o infección) resulta positiva

Fecha de radiografía: \_\_\_\_\_  Normal  Anormal

Revisión, diagnóstico y tratamiento temprano y periódico (*EPSDT*) Requisito para el ingreso a Head Start – incluya resultados específicos y fecha: \_\_\_\_\_ Plomo en sangre: \_\_\_\_\_ Hematocrito/Hemoglobina: \_\_\_\_\_

#### Revisión del desarrollo

Aspecto evaluado:	Método de evaluación	Dentro de lo normal	Existe inquietud	Se deriva para mayor consideración
emocional/social				
resolución de problemas				
lenguaje/comunicación				
Destreza motriz fina				
Destreza motriz gruesa				

#### Revisión auditiva

Revisión a 20 decibeles: indique "pasó" (P) o "derivado" (R) en cada cuadro

	1000	2000	4000
Derecho			
Izquierdo			

Revisión por OAE (emisiones otacústicas)  "pasó"  "derivado"

Derivado a audiología/otorrinolaringólogo       **No se pudo evaluar – necesita ser revisado nuevamente**

Se indicó pérdida auditiva previa: \_\_\_\_\_ Izquierda \_\_\_\_\_ Derecha

Audífono u otro aparato auxiliar



Programa de niños pequeños **YOUNG CHILDREN'S PROGRAM**  
Facultad de educación **College of Education**  
Universidad **James Madison University**

**AUTORIZACIONES VARIAS DEL PROGRAMA**

Nombre completo  
del niño

Nombre de la maestra

**Apoyo de la misión de YCP como escuela laboratorio**

El programa de niños pequeños *Young Children's Program* es una **escuela laboratorio** dirigida por la Facultad de educación de la universidad James Madison University. Como tal, uno de sus objetivos es brindar un programa infantil ejemplar, como también un servicio educativo para los estudiantes y profesores de magisterio. Se espera que los padres que deciden inscribir a su niño en una escuela laboratorio comprendan y apoyen el importante papel que tiene la escuela en el desarrollo de los futuros docentes.

Se requiere que todos los adultos que participan en el programa respeten la privacidad de los niños y las familias de YCP. Los archivos de los niños son guardados bajo llave, y solamente el personal y las autoridades correspondientes pueden acceder a ellos. Los portafolio de trabajo quedan guardados en la oficina del YCP y solamente el personal docente y los padres pueden verlos. Los proyectos de los universitarios y profesores contienen datos sobre el lenguaje y comportamiento de los niños, estudios de investigación acerca del programa, y una recolección de ejemplos de trabajos. Los estudiantes y los profesores universitarios JAMÁS usan los nombres de los niños en sus proyectos, publicaciones o estudios de investigación.

Los maestros toman fotografías de las actividades del salón de clase con frecuencia, para ponerlas en planillas, boletines de información para las familias, libritos caseros y el calendario del aula. Los estudiantes que se desempeñan como personal docente toman fotografías para sus asignaturas, cuando estas requieren una evidencia visual del grado de comprensión del contenido del curso por parte del estudiante. Los profesores universitarios usan las fotografías para brindar ejemplos en sus cátedras o en presentaciones profesionales. Cuando se presentan estas fotografías o videos para uso profesional NUNCA se indican los nombres de los niños. Si se desea incluir una fotografía en una publicación profesional se debe obtener el permiso explícito de los padres.

Yo entiendo la labor del *Young Children's Program* como escuela laboratorio, mencionada aquí arriba, y autorizo la completa participación de mi niño/a en el programa.

---

Fecha                      Nombre (en imprenta) de uno de los adultos responsables del niño                      Firma

**Permiso para paseos y viajes de excursión**

Mi niño/a, tiene mi permiso para participar en paseos y viajes de excursión programados por el *Young Children's Program* de JMU a lo largo del años escolar. Entiendo que me informarán con anticipación cuando los niños tengan que viajar en vehículos, que los paseos siempre estarán supervisados por adultos y de forma adecuada y que se seguirán las normas y procedimientos para los paseos y viajes de excursión del YCP (en el anexo 2 del manual para las familias) (*Adventures On and Off Site, pag. 19, Family Handbook*).

He leído las normas y procedimientos para los paseos y viajes de excursión del YCP (*YCP Field Trip Policies and Procedures*) y comprendo cual es mi responsabilidad si voy de acompañante (chaperón) en un paseo o viaje de excursión.

---

Fecha                      Nombre (en imprenta) de uno de los adultos responsables del niño                      Firma

### Permiso para exhibir las creaciones artísticas de los niños

Los niños tienen varias oportunidades de expresarse artísticamente durante la jornada en el YCP ya que el programa apoya todas las formas de desarrollo y aprendizaje del niño. Se presentan las obras de los niños, anónimamente, en la página en internet del programa. A veces también se exhiben en conferencias profesionales o en áreas del campus universitario. Por lo general se disponen los nombres de los niños debajo de cada creación cuando se realiza una exposición.

Yo entiendo las actividades del *Young Children's Program* que aparecen mencionada aquí arriba, y autorizo la exposición de las creaciones artísticas de mi niño/a.

---

Fecha                      Nombre (en imprenta) de uno de los adultos responsables del niño                      Firma

Prefiero que el nombre de mi niño/a no aparezca bajo su obra cuando sea expuesta en público.

### Permiso para la aparición fotográfica en la página en internet y en redes sociales de la facultad de educación (*College of Education*)

La página en internet de la facultad de educación, *College of Education*, describe todos los programas de estudios ofrecidos y se usa como medio de comunicación entre las familias, estudiantes, la comunidad universitaria y el público en general. Se intenta mantener dicha página actualizada con la información y las imágenes más recientes. Con el permiso de los padres, se incluyen fotografías de los niños realizando actividades del *Young Children's Program*, sin identificar a ninguno de ellos con su nombre u otra reseña personal.

Yo entiendo el uso de fotografías tomadas por y para el *Young Children's Program*. Se podrían incluir fotografías con la imagen de mi niño/a, pero sin su nombre, en la página en internet y en redes sociales de la facultad de educación (*College of Education*).

---

Fecha                      Nombre (en imprenta) de uno de los adultos responsables del niño                      Firma

Prefiero ver cada foto antes de autorizar su uso en internet.

**Programa para niños pequeños**  
***YOUNG CHILDREN'S PROGRAM***

**Acuerdo de normas**

He leído el **MANUAL PARA LA FAMILIA** y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de las normas establecidas por el programa de niños pequeños de la universidad James Madison University (*Young Children's Program* o *YCP*, por sus siglas en inglés).

Estoy de acuerdo en adherirme a estas normas mientras mi niño esté inscripto en el *YCP*.

---

Firma de un adulto miembro de la familia

---

Fecha

---

Nombre completo del niño (en imprenta por favor)

*Debe firmarse y entregarse este documento a la maestra, en la primera reunión.*

# Programa después de la Escuela de YCP

Lunes por Viernes 3:30pm—5:30pm

**Elija el plan que se ajuste a sus necesidades:**

5 días/semana	\$130.00/mes
4 días/semana	\$112.00/mes
3 días/semana	\$90.00/mes
2 días/semana	\$64/mes
1 día/semana	\$40/mes

**El Candelario de pagos es el siguiente:**

Semestre de otoño

Septiembre

Octubre

Noviembre

Diciembre

(no hay pagos en Agosto)

Semestre de primavera:

Enero

Febrero

Marzo

Abril

Mayo

(no hay pagos en Junio)

**POR FAVOR TENGA EN CUENTA:**

- ❖ El precio se mantiene igual independientemente del número de días en cada mes.
- ❖ Las familias DEBEN indicar el día de la semana en que necesitarán cuidado para su hijo/a. Estos días TIENEN QUE permanecer igual durante el semestre. Se pueden hacer cambios a los planes/días al final del primer semestre.
- ❖ Los niños/as DEBEN ser recogidos/a antes de las 5:30pm. Después de las 5:30pm, se les cobrará un recargo por tardanza de \$10. El pago debe hacerse al Sr. Reece al comienzo del próximo día escolar.
- ❖ Los pagos deben hacerse el primer día de cada mes. Se anima a los empleados de JMU a usar deducciones de nóminas.
- ❖ No hay ningún saldo a favor por los días de incapacidad, los días de nieve, ni días que el YCP está cerrado. Como se indicó anteriormente, los días de cuidado y atención no se pueden cambiar.

# YCP After School Contract

The purpose of YCP After School Program is to provide quality care for students attending YCP. Children will be provided a snack and have supervised play and activity time. Supervision will consist of the lead after school teacher and a staff with a ratio not to exceed 10/1.

Please initial each bulleted item and sign at the bottom. By doing so, you are acknowledging that you have read, understand, and agree to abide by the following terms:

\_\_\_\_\_ I will pay \_\_\_\_\_ per month for \_\_\_\_\_ days per week for after school care and will utilize care on the following days.

Circle all that apply

Monday      Tuesday      Wednesday      Thursday      Friday

\_\_\_\_\_ The hours of operation for afternoon care are 3:30pm-5:30pm. There is a \$10.00 late fee for students that remain after 5:30pm. This fee is payable at time of pickup or prior to the next day of school. Payment can be placed in the lockbox.

\_\_\_\_\_ I understand that I cannot change or switch days of care until the end of the semester.

\_\_\_\_\_ I understand that the price is the same each month regardless of the number of days in that month.

\_\_\_\_\_ I will pay, by check, the first of each month, if not enrolled in payroll deduction.

\_\_\_\_\_ I understand that a late fee of \$10.00 will be assessed for payments not received on the first of the month. YCP reserves the right to exclude a child from participation if payments are more than two weeks late, or if payments are late more than 3 times during the year.

\_\_\_\_\_ In the event that a student is not picked up by the time the YCP closes the following emergency plan will be implemented:

- All phone numbers provided to the YCP will be called to locate the parent or an emergency contact.
- The director and/or assistant director will be notified that a child is still at school and no one can be located.
- After all efforts have been made to locate the parent or the emergency contact(s), law enforcement will be notified thirty minutes after the YCP has closed.

\_\_\_\_\_ In order to maintain the safety of the children, students must be signed out daily and the pick up time recorded. The person signing out must bring ID and only those persons listed on the application will be allowed to pick up unless other arrangements have been made in advance.

Parent's/Guardian's Name \_\_\_\_\_

Student's Name \_\_\_\_\_

Signature of parent and/or responsible party \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_