Saint Raphael Preschool

1100 Fifth Avenue, San Rafael, CA 94901
PHONE# 415-456-1702 **EMAIL:** preschool@straphaelschool.com
www.saintraphaelpreschool.com
CA Lic. # 213005559

Carta de Bienvenida

Bienvenido al Prescolar de Saint Raphael!

Estamos felices de que allá elegido nuestro prescolar para estar a cargo del cuidado de su hijo. La arquidiócesis aún no ha confirmado el día de inicio del primer día de clases para el próximo año escolar. Sin embargo, usualmente comenzamos durante la tercera o cuarta semana del mes de Agosto. En cuanto nos lo hagan saber se lo comunicaremos.

Elementos Importantes:

1. Se debe pagar una tarifa de inscripción/actividades de $350, si aún no lo ha pagado favor de hacerlo, para mantener el lugar de su hijo en su futura clase.
2. Nuestros horarios son de 8:00 am a 5:30 p.m. Si necesita que su hijo asista a cuidados prolongados durante estos horarios, háganoslo saber para que podamos programarlo adecuadamente.
3. Todos los niños que atiendan al Prescolar de Saint Raphael tienen que estar totalmente entrenados para ir al baño, si el niño no lo está, deberá quedarse en casa hasta que sea completamente independiente para usar el baño.
4. Asegúrese de tener toda su información de correo electrónico actualizada para que podamos actualizarlo sobre las próximas fechas importantes (calendario escolar, eventos especiales, etc.).
5. Consulte nuestro sitio Web para obtener acceso a nuestro manual para padres. Presione en “Admisión”. Si prefiere una copia impresa, favor de hacérmelo saber.
6. Por favor revise y complete ambos lados de toda la documentación en el paquete de inscripción. Favor de llenar todas las formas.
7. Favor de subscribirse para el plan de pagos automáticos en FACTS visitando esta página electrónica: https://online.factsmgt.com/signin/4HJRW y cree una cuenta para que su pago de cada mes sea deducido automáticamente de su cuenta de cheques.

Dentro se encuentra el paquete de inscripción de su hijo. Lea toda la documentación y el manual para padres (en el sitio web de nuestra escuela). Por favor complete todos los formularios y devuélvalos o envíenoslos por correo lo antes posible con su tarifa no rembolsable $350 al Prescolar de Saint Raphael. El ultimo dia para recibir el paquete es **VIERNES ,MARZO 7, 2025.** Todos los formularios deben **completarse y firmarse** al regresar.

Si tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto conmigo.

Gracias por elegir el Prescolar de Saint Raphael para la educación de su hijo.

Bendiciones,

Edith Yates, Director



#213005559

Saint Raphael Preschool Covid-19/New Variants Enrollment Agreement

I have enrolled my child(ren) at Saint Raphael Preschool. I understand that the facility is making changes to typical early care settings intended to keep everyone safe during this pandemic and critical time. I commit to adhering to these enhanced health and safety protocols, **and to any further enhancements to these protocols as they are made.**

1. I will make sure to take mine and my child's temperature before coming to school and will not have my child attend school if either of us has a temperature.
2. I will have my child use the restroom before coming to school and have them and myself thoroughly wash our hands before leaving for school.
3. If requested by Saint Raphael Preschool, I will get a COVID-19 test performed for my child and submit the test results to the Preschool administration before my child is allowed to return to school.
4. I WILL immediately notify the facility if I, any member of my household, or anyone my household has been in close contact with:
    - A suspected or confirmed case of COVID-19 (for example--close contact at school, work, religious service, social gathering etc.).
    - <u>For medical professionals:</u> If contact occurs while wearing recommended personal protective equipment or PPE (e. g., gowns, gloves, NIOSH-certified disposable N95 respirator, eye protection), that contact will NOT be considered close contact for purposes of this policy.
5. I WILL BE FAMILIAR WITH AND CONFORM TO ENHANCED PROTOCOLS. These include:
    - If applicable, I will practice social distancing and facial covering protocols when picking up and/or dropping off my child (the preschool will follow any current recommendations from CDC/Marin Public Health Department/California State Licensing/ and/or any other health agencies).
    - At both pick-up and drop-off, I will use the provided hand sanitizer to clean my hands and my child's hands.
    - I understand that my child/ren will have their temperatures taken at drop-off and if they have a temperature of 100 F or higher, my child may NOT attend school until the fever has been gone for 3 days.
    - I will not enter the school at drop-off and/or pick-up. A teacher will accept my child into the preschool/classroom and bring my child to the school front door when I arrive to pick up my child.
    - **<u>I will pick up my child at the agreed time</u>** AND call the facility should there be a situation that requires me to be late and if other arrangements have been made for pickup.

I understand that while providers are bringing their critical skills and expertise to help to ensure care is available for the families, **I must use my best judgment about what is best for my family and household.** I will consider carefully whether I need to take additional precautions to protect those in my household that may be at highest risk, particularly older adults and those who have severe underlying health conditions.



#213005559

Risk Acknowledgment Agreement By Parent/Legal Guardian

The collective effort and sacrifice of Marin residents staying at home limited the spread of COVID-19. But community transmission of COVID-19 within Marin and California continues, including transmission by individuals who are infected and contagious, but have no symptoms. Infected persons are contagious 48 hours before developing symptoms ("pre-symptomatic"), and many are contagious without ever developing symptoms ("asymptomatic"). Pre-symptomatic and asymptomatic people are likely unaware that they have COVID-19.

The availability of childcare is an important step in the resumption of activities. However, the decision by the Health Officer to allow childcare for all families at facilities that follow required safety rules, does not mean that attending childcare is free of risk. Enrolling a child in childcare could increase the risk of the child becoming infected with COVID-19. While the majority of children that become infected do well, there is still much more to learn about coronavirus in children, including Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C).

Each parent or guardian must determine for themselves if they are willing to take the risk of bringing their child to Saint Raphael Preschool, including whether they need to take additional precautions to protect the health of their child and others in the household. They should particularly consider the risks to household members who are adults 60 years or older, or anyone who has an underlying medical condition. Parents and guardians may want to discuss these risks and their concerns with their pediatrician or other health care provider. More information about COVID-19, MIS-C, and those at higher risk for serious illness is available on the Centers for Disease Control and Prevention website at https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/.

In consideration of having my child participate at Saint Raphael Preschool, I waive, release and forever discharge the Archdiocese of San Francisco, Saint Raphael Preschool and Elementary school and their respective agents, employees, officials, servants, contractors, representatives, elected and appointed officials, successors and assigns of and from all claims, demands, damage costs and actions whatsoever and however caused, arising or to arise by reason of mine or my child's participation in this program, activities or any of its associated activities.

I understand the risks associated with enrolling my child at Saint Raphael Preschool and agree to assume the risks to my child and my household. I also agree to follow all safety requirements that the childcare program imposes as a condition of enrolling my child.

#213005559

Saint Raphael Preschool
COVID 19 Safety and Protection Plan

Overview:

The following policies and procedures are in accordance with both rules set forth by the Marin County Public Health and Human Services, California Community Care Licensing Office, and the Archdiocese of San Francisco office for catholic schools.

Every year, our main priority is to make sure the children that attend Saint Raphael Preschool stay safe and healthy. This year, we recognize that we must go the extra mile and be extra vigilant to protect the children, families, and staff from COVID-19. Below, we have put together new policies and procedures that we will be following during the ongoing pandemic. Even though we recognize that we cannot guarantee no one in our preschool will be exposed, we put forth these policies as a way to mitigate the risks and protect everyone to the best of our ability.

Social and physical distancing is a practice recommended by the Centers for Disease Control (CDC) to slow down the spread of disease. It requires the intentional creation of physical space between individuals who may spread contagious and infectious diseases. It additionally requires canceling or postponing the number of gatherings and group activities, reducing all group sizes, and maintaining six feet of distance between every individual, as much as possible.

It is very important that all parents must read this **ENTIRE** document. There are certain guidelines that, if you do not comply, you would be putting the other children and staff at unnecessary risk. It is paramount that parents understand your actions directly affect all families that are a part of the Saint Raphael Preschool community.

How to talk to your child about social distancing and health safety:

- We highly recommend every child receive their yearly flu vaccine.
- Teach, model, and reinforce healthy habits and social skills.
- Explain to children why it's not healthy to share drinks or food, particularly when sick.
- Practice frequent handwashing by teaching a popular child-friendly song or counting to 20 (hand washing should last 20 seconds). Show them how to wash their hands by doing it with them and verbally explaining the process.
- Teach your child how to properly sneeze and cough into their elbow (we call it a "cough pocket" in the classroom). Reinforcing this behavior over and over in both the home and classroom helps it turn into a habit.
- Model and practice handwashing before and after eating, after coughing or sneezing, after playing outside, and after using the restroom.
- Observe your child for symptoms of COVID-19: coughing, shortness of breath, diarrhea, vomiting, runny nose, abdominal pain, neck pain, feeling extra tired for an extended period of time, hoarseness, and/or sore throat.

Before you take your child to school:

- Before dropping off your child, you all must wash your hands and use the bathroom.
- Please have your child/ren brush their teeth every morning before school to help kill germs.
- We ask that your child/ren wear clean, washed clothes every day.
- Check you and your child's temperature every morning.
- Ask your child how they feel. **Observe them for coughing, shortness of breath, diarrhea, vomiting, runny nose, hoarseness, sore throat, and/or take note if your child is just not acting like themselves. If**

<u>they present with any of these symptoms, please do not bring them to school.</u> Also, children should stay home if anyone in the home presents with the symptoms above.

- If your child has a temperature **of 100 F** or above or any of the above symptoms **<u>Do Not Bring Them To School</u>**.
- Contact the preschool via email and/or call the preschool office at 415-456-1702 (please leave a message if you get the answering machine) notifying us that your child will not be attending school that day. Please also include what symptom/s your child is experiencing in your email/phone call.
- To prevent cross-contamination between home and school, your child may not bring toys, stuffed animals, books, etc. from home.

<u>Drop-off and Pick-up Policies:</u>

- All parents or guardians who come to drop off or pick up their child **MUST WEAR A MASK and use hand sanitizer if entering the preschool facility (if COVID protocols allows).**
- Maintain social distancing at a minimum of 6 feet from other families.
- Parents are not allowed to enter the facility. If a staff member is not at the front door, please call 415-456-1702.
- Please only drop off and pick up your child at the front doors of the preschool. Please do not come through the preschool building (past Mrs. Yates' office). Park on Mission Street and walk down the driveway or park in the elementary school parking lot and walk up the driveway with your child.
- It is highly recommended that the same adult drops off and picks up the child on a daily basis. We discourage anyone over 60 years old from coming to pick-up and drop-off children.
- Your child's temperature will be taken before entering the building. If your child has a temperature of **100 F** or higher, they will not be permitted to enter the preschool.
    - Your child will be allowed to attend school again when they are **<u>24 hours fever-free, without medication, and can provide proof of a negative Covid test.</u>**
- Staff is required to conduct a visual wellness check on your child to look for any signs of illness. You and your child will be asked health screening questions every day.
- All drop-offs and pick-ups **should be as brief as possible.**

Please make sure there is always an adult available to pick up your child (within 30 minutes of being called) in case of illness, emergencies or injuries.

<u>Illnesses, Symptoms, and Allergies:</u>

- Prior to the school year beginning, children with seasonal/environmental allergies must provide a doctor's note confirming they are diagnosed with allergies, what their specific symptoms are, and if they are taking medication for their allergies. EACH DAY that they present symptoms for allergies, you must notify their teacher what their symptoms are that day.
- Before your child returns to school from a basic illness, and/or after experiencing flu-like symptoms, they must be **<u>24 hours fever-free without medication, 100% symptom free, and have a negative Covid test sent to the preschool</u>** per guidelines set forth by the California Department of Public Health.
- If you or your child has come into contact with someone who has tested positive for COVID-19, you must contact the preschool administration IMMEDIATELY.

<u>Bathroom:</u>

Cleaning and hand hygiene will be a big focus for teaching at the beginning of the year. We ask that you assist the teachers by continuing this teaching at home by having them practice safe toileting and hand washing techniques daily.

- Please teach your child the proper way to use toilet paper when wiping to avoid getting their hands soiled.

- Teach your child how to use tissue when using the handle to flush the toilet.
- Teach your child to wash their hands for 20 seconds (sing the "Happy Birthday" song twice), making sure to get the fronts and backs of their hands, as well as in between their fingers.
- Teach them to dry their hands thoroughly.
- If your child has more than 3 accidents, **your child's attendance at Saint Raphael Preschool will be suspended.** Your child may resume school when they are fully potty trained, however, to hold your child's spot, you must continue paying tuition during this time.

Meal Times:

- Please label all of your child's personal items with their first name with a permanent marker.
- Parents **MUST** bring a hard-plastic lunch box (which can easily be wiped down) for your child's lunch and snack to lower the risk of transmission to other students.
- **Children must bring their own utensils and napkins every day**. Please wash them every day or throw them away if they are single use.
- Children will wash or sanitize their hands before every meal/snack.

Napping:

We base our staffing on knowing how many children nap and how many children stay awake. At this time, the Saints class will no longer nap. All children in the Angels class will nap/rest.

- All napping items must be labeled with your child's first name.
- Your child may bring one cotton crib fitted sheet, one **thin** cotton blanket, and a small "lovie"/stuffed animal and it all must fit in a 2-gallon Ziplock bag. However, your child may only have the "lovie" at nap time, not during class time or extended care. All nap items must stay at school for the duration of the week and will **not** be sent home daily. You must take your child's nap items home every Friday (or the last day of your child's school week), wash them, and bring them back for the start of the following school week.
- **Pillows, large blankets, sleeping bags, and/or backpacks are not allowed.**

What Saint Raphael Preschool is doing to reduce the risk of a virus outbreak:

The teachers and staff at Saint Raphael Preschool are dedicated to providing a safe and healthy environment while following the CDC and EPA guidelines. This includes handwashing, wearing a mask at all times, daily cleaning and disinfecting of the environment, and observing social distancing. The teachers and staff are also screened daily for COVID-19 symptoms and have been trained in the following: COVID-19 prevention, symptoms, and transmission, how to use personal protective equipment, and how to support young children's social and emotional wellness through this COVID-19 crisis.

Possible COVID 19 Closure:

If Saint Raphael Preschool is forced to close due to a COVID-19 outbreak, it may stay closed based on the recommendations from the CDC and Marin County Health and Human Services Department. **Also, if a teacher becomes ill, we may be required to close that classroom for the day/s if our substitute and/or director are unable to come in and fill that position for the duration of the teacher's illness. If either circumstance was to happen, tuition refunds will not be issued.** If the director or a teacher of the preschool becomes sick (COVID-19), an email will go out to all parents. The Department of Public Health will make the determination if a closure is warranted.

Please Note: There may be updates and modifications to our COVID-19 Safety and Protection Plan as we continue to receive new information from Marin County Health Department, State Licensing, and/or the CDC. All protocols are subject to change.



Saint Raphael Preschool

COVID-19 Enrollment, Risk Acknowledgement, and COVID-19 Safety and Protection Plan Agreement

Print out and sign only this page and email is to yates@straphaelschool.com or bring it on your child's first day of school. Your child may not start school if this plan is not signed.

By signing on the line below, I agree that I have read this entire document and will follow the guidelines presented by the Saint Raphael Preschool COVID-19 Enrollment Agreement, the Risk Acknowledgment Agreement, and the Saint Raphael Preschool COVID-19 Safety and Protection Plan.

_____ _____

Signature of Parent/Legal Guardian Date

_____

Name of Child/Children

TODO ACERCA DE MI

Programa Preescolar de Saint Raphael página de información personal de cada niño

Nombre de su niño/apodo o nombre de cariño: _____

¿Tiene su niño algunos miedos o ansiedades de algo?_____

Describa las habilidades y talentos de su niño:_____

Por favor enliste las áreas de interés de su niño:_____

¿Padece su niño de alergias (de comida o en alguna estación específica del año)? Sí____ No____ (circule una) Si contesto sí, por favor explique:_____

_____

Necesita medicina? Si_____No_____(circule una) (puede que necesita una forma de seguimiento)_____

Tiene su niño/a problemas médicos recurrentes? Sí No (circule una) Si es sí, por favor explique:_____

_____

¿Ha recibido su niño/a un servicio especial incluyendo idioma, problemas con el habla, conducta, etc.?_____

_____

¿Cuáles son las metas que tiene para su niño/a este año?_____

_____

Por favor describa un día típico en la vida de su niño (incluyendo tiempo de jugar afuera y dentro con juguetes, "electrónicos" como computadora, TV, Wii, etc.):

_____

_____

¿Quién vive en la casa con su niño, incluya sus mascotas?_____

_____

¿Vive su niño en más de una casa? Por favor explique:_____

_____

¿Tiene preocupaciones específicas del desarrollo de su niño/a?_____

_____

¿Cómo corige a su niño/a de hacer algo o que no esta permitido o de peligro?

_____

_____

¿Se considera usted “firme” o “flexible” al disciplinar a su niño/a?_____

_____

¿Qué le hace a su niño/a para que se sienta cómodo?

_____

_____

¿Cómo maneja la frustración con su niño/a?_____

_____

¿Hay algunos puntos en la conducta de su niño que nos ayudaria saber?_____

_____

INFORMACION ADICIONAL QUE NECESITAMOS…

¿Lee usted Inglés? _____ Español?_____ Otro?_____

Tiene acceso a la Internet?_____

Prefiere recibir la información mensual (por favor señale uno):

Copia imprimida _____ o Email _____

(dirección de email):_____

Si hay más de una casa principal, ¿necesita cada padre de familia una copia de los materiales que distribuimos? Si_____No_____(circule uno) Si no, ¿a qué padre le mandamos la información? _____

¿Es usted activo en las redes sociales? Facebook _____ Instagram _____ Otro _____

CA Lic. # 213005559

Acuerdo de Admisión del Preescolar de San Raphael

Favor de leer y marcar con sus iniciales cada línea.

Nombre del niño _____ Fecha de Nacimiento: _____

_____ 1. He recibido y leído el manual para padres y entiendo que es parte del acuerdo de admisión (que se encuentra en nuestro sitio web www.saintraphaelpreschool.com). Estoy de acuerdo en cumplir con las reglas de horario y salida de la escuela, horario de asistencia, las ausencias de los niños enfermos, finanzas, participación de los padres y cualquier otra regulación específica.

_____ 2. Recibí y leí el Acuerdo de Inscripción COVID 19 de Saint Raphael Preschool, el Acuerdo del Reconocimiento de Riesgos y el plan de seguridad y protección COVID-19 de Saint Raphael Preschool (que se encuentra en el paquete de Inscripción). Entiendo que estos protocologos están sujetos a cambios. Acepto cumplir con todas los protocologos/guías de COVID establecidas por Saint Raphael Preschool/Marin Public Health Department/California State Licensing/etc.

_____ 3. Mi colegiatura mensual se deducirá automáticamente de mi cuenta bancaria a través del plan de pagos FACTS el día 20 de cada mes. También entiendo que hay un cargo único por este servicio y que FACTS lo deducirá de mi cuenta al momento de la instalación.

_____ 4. Sé que los días en que la escuela está cerrada debido a vacaciones, días festivos, o días de servicio no habrá ningún reembolso de dinero.

_____ 5. Entiendo que no hay días de recuperación por días perdidos debido a la ausencia de enfermedad, vacaciones, días festivos, etc. Ni las familias pueden cambiar de un día para otro.

_____ 6. He revisado y recibido un Acuerdo financiero actual y acepto cumplir con todas las reglas sobre tarifas, matrícula y finanzas.

_____ 7. Entiendo que, si deseo sacar a mi hijo del Preescolar Saint Raphael, necesito notificar por escrito a la escuela con 30 días de anticipación o pagaré lo de un mes completo de mensualidad.

_____ 8. Acepto que se registre a mi hijo a la llegada y salida con la hora correcta y la firma completa de un adulto autorizado que se encuentre en la tarjeta rosa de emergencia de mi hijo.

_____ 9. Estoy de acuerdo en recoger a mi hijo a la hora exacta del cierre del preescolar. Recuerde que hay que buscar estacionamiento, y tomar las pertenencias de su hijo. Entiendo que si mi hijo todavía está presente en la escuela después del cierre se cobrará una tarifa de **$5.00 por cada minuto**. Y después de 3 veces en llegar tarde su hijo será expulsado permanentemente de la escuela.

_____ 10. Estoy de acuerdo de mantener a mi hijo en casa si este no se siente lo suficientemente bien como para participar adecuadamente en el entorno escolar. (Enfermo, cansado, etc.)

Atrás ➡

____ 11. Estoy de acuerdo que si un miembro del Preescolar de San Raphael llama y solicita que mi hijo tenga que ser recogido por cualquier motivo, alguien vendrá a recogerlo dentro de los **30 minutos después de ser notificado.** Las razones por las cuales mi hijo tendría que ser recogido pueden ser: Una emergencia, un desastre natural, el niño se siente enfermo, comportamiento inadecuado hacia un miembro del personal o hacia otro niño, etc.

_____ 12. Sé que mi hijo está completamente entrenado para usar el baño independientemente antes de comenzar la escuela.

____ 13. Estoy de acuerdo que queda a discreción del director y del maestro decidir si mi hijo esta completamente independiente para usar en el baño. Esto quiere deir que el niño siente la necesidad, la expresa y se limpia independientemente. Si mi hijo tiene 3 o más accidentes (dormido o despierto) en un periodo de dos semanas, se considerara que no esta entrenado para usar el baño. Se le pedira que su hijo se quede en casa hasta que este completamente entrenado para usar el baño. Usted tendrá que continuar pagando por la colegiatura para mantener su lugar en el preescolar.

____ 14. Me comprometo a asistir a la reunión de orientación del Preescolar que son obligatorias, y SOLAMENTE PARA PADRES. El Preescolar me notificará con meses de anticipación las fechas y horas de cualquier evento planeado.

_____ 15. Estoy de acuerdo que tengo que hacer 10 horas voluntarias para beneficio del preescolar. Si no puedo hacer las horas estoy de acuerdo en pagar $25 por cada hora.

_____ 16. La colegiatura está atrasada por más de 15 días.

b. Recoger tarde después del cierre del Preescolar (más de 3 veces)
c. El comportamiento de un niño es incontrolable o inseguro para sí mismo o para otros.
d. Cuando el personal del Preescolar no puede satisfacer individualmente las necesidades de un niño.
e. Cuando un padre no puede trabajar con el personal del preescolar para resolver un problema.
f. Cuando un padre se comporta de una manera que no cumple con los valores cristianos de la escuela (ejemplo: ser descortés, escandaloso, hacer rumores negativos, perturbador, amenazante, hostil, argumentador o usar palabras inapropiadas)

_____ 17. Entiendo que el Departamento de Servicios Sociales del Estado de California, nuestra agencia de licencias tiene la autoridad para inspeccionar los registros de clientes o instalaciones sin consentimiento previo y para entrevistar a los clientes si lo consideran necesarios. Esta agencia tiene el derecho de observar la condición física de los clientes, incluida las condiciones que podrían indicar abuso, negligencia, o colocación inapropiada. También reconozco que mi derecho a contactar a la agencia de licencias de culpa se encuentra en el acuerdo de mi hijo o en el funcionamiento de la instalación.

Entiendo que al firmar este documento acepto todas las cláusulas anteriores.

Firma del Padre Fecha

Atrás ➡

Preescolar de San Raphael

1100 Fifth Avenue, San Rafael, CA 94901 (415)-456-1702 Website: saintraphaelpreschool.com

Reconocimiento de firma completa: Norma de firma de entrada/salida

La Licencia de atención comunitaria bajo el departamento de servicio social de California requiere un padre, tutor o familiar autorizado mayor de 18 años de edad firmar todas las salidas y entradas del menor. Puede ser solicitada una credencial con foto. **Iniciales no son permitidas.**

101229.1 Firmar Entrada y Salida

a. Además del requisito de procedimiento de inicio de sesión por la sección 101226.1 (b), licencia deberá desarrollar, mantener e implementar un procedimiento escrito para firmar entrada y salida en la escuela, como mínimo incluirá lo siguiente.
   (1) La persona que firme la entrada y salida del niño deberá utilizar su firma legal completa y deberá registrar la hora del día.

b. La persona que traiga al niño y lo recoja de la escuela deberá firmar la salida del menor.

c. Una persona que recoja al niño de la escuela durante el día y lo regrese a la escuela el mismo día deberá firmar entrada y salida.

d. Las hojas de Inicio y cierre de sesión con las firmas solicitadas en esta sección y por la sección 101226.1 se mantendrán durante un mes y estarán disponibles en el centro para revisión por el departamento.

La licencia del cuidado infantil revisa nuestro registro escolar durante sus visitas, que incluye los entradas y salidas de sus hijos. Si descubren que los registros no se firman correctamente, recibiremos un aviso de deficiencia. Existe una multa civil de un mínimo de $150.00 por día si se encuentran violaciones. Si esto pasa, los padres que no firmaron correctamente pagaran esta multa.

Nombre del Nino: _____

Nombre del Padre (Madre) o persona a cargo del niño: _____

Firma del Padre (madre) o persona a cargo del niño: _____

Fecha: _____

Atrás

Acuerdo De Que No Se Permite Nueces y Cacahuates

Queridos Padres,

El Preescolar de San Rafael se enorgullece de poner a los niños, a su salud, y seguridad primero. Es por eso que seguimos siendo una Institución escolar en el que no se permiten las semillas, Cacahuates, nueces, almendras, pistaches, avellanas, entre otras no son permitidos en el programa.

Solicitamos su ayuda para proporcionar a nuestros hijos un ambiente seguro. Es muy importante evitar estrictamente estos productos de semillas y frutos secos para evitar reacciones alérgicas que puedan poner en peligro la vida de nuestros niños.

Para reducir las posibilidades de una reacción alérgica potencialmente mortal, por favor no envié ningún producto que contenga cacahuate o nuez a la escuela para el consumo de su hijo o para compartirlo durante una celebración escolar o de cumpleaños.

Si su hijo consume algún producto de cacahuate antes de asistir a su día de clase, por favor asegúrese de lavar bien su cara y manos con agua y jabón antes de venir a la escuela.

Si tiene alguna duda o pregunta respecto a esta norma, no dude en contactarme. Complete y devuelva la sección inferior de este formulario para verificar su comprensión y acuerdo de cumplir con esta norma de la escuela.

Muchas gracias por su apoyo a estas reglas y por mantener a nuestros estudiantes sanos y seguros durante todo el año escolar.

Sinceramente,
Edith Yates, Directora

Aviso Importante- NO SE PERMITEN Nueces y Cacahuates

He leído, entendido y acepto la norma de la escuela San Rafael donde no se permite las semillas y frutos secos. Estoy de acuerdo en ayudar a mantener la escuela como un lugar donde no se permiten las semillas ni frutos secos.

Nombre del niño: _____

Nombre de los padres: _____ Fecha: _____

Firma de los padres: _____

Saint Raphael Preschool

Carta de Recomendación del Maestro/Cuidado Infantil

Saint Raphael Preschool
1100 Fifth Avenue
San Rafael, CA 94901
415-456-1702
preschool@straphaelschool.com

#213005559

Gracias por tomarse su tiempo para completar esta evaluación. Este formulario es importante para nuestro prescolar, ya que usamos la información que usted proporciona para poder ayudar a mejor al niño en nuestro programa y agradecemos sus respuestas concretas. La información que proporcione se mantendrá absolutamente confidencial. **Este formulario debe ser llenado por el proveedor actual/ cuidado infantil del niño y enviado a la dirección que está arriba o via E-mail.**

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del Proveedor: _____ Por cuanto tiempo has conocido al niño? _____

Habilidades de autoayuda:	Siempre	Usualmente	A veces	Nunca
Se viste solo				
Es Independiente usando el baño				
Puede abrir/ cerrar sus propios artículos para el almuerzo				
Comentarios:				

Madurez Emocional:	Siempre	Usualmente	A veces	Nunca
Usa palabras para expresar sus sentimientos				
Juega feliz con amigos				
Interactúa positivamente con adultos/ maestros				
Se transita fácilmente				
Muestra confianza en sí mismo				
Sabe compartir				
La separación con sus padres es fácil				
Demuestra Autocontrol				
Demuestra su frustración apropiadamente				
Comentarios:				

Habilidades para Escuchar:	Siempre	Usualmente	A veces	Nunca
Duración de la capacidad de atención				
Puede sentarse durante un tiempo adecuado				
Sigue Instrucciones/ Completa Trabajos				
Comentarios:				

Desarrollo del Lenguaje:	Siempre	Usualmente	A veces	Nunca
Habla claro/ Es entendible				
Habla en oraciones completas				
Procesa información auditiva				
Comentarios:				

Atrás

Habilidades motoras:	Excelente	Bueno	Regular	Necesita Ayuda
Control y Coordinación de las habilidades motoras				
Coordinación de ojo y mano				
Coordinación y control de las habilidades gruesas				
Conciencia del cuerpo y el espacio				

Padres:	Siempre	Usualmente	A veces	Nunca
Cooperativos				
Siguen las reglas y sugerencias del personal				
Consistentes con la disciplina				
Tiene una imagen realista de las habilidades del niño.				
Demuestran interés en la educación del niño				

Comentarios:

Salud general que muestra en el preescolar/guardería (Tiene usted alguna preocupacion))

_____

_____

Por favor escriba de 3-5 adjetivos para describir a este niño:_____

_____

Por favor escriba las fortalezas y desafios de este niño:

_____

¿El niño ha recibido algún servicio especial (evaluación del habla o de lenguaje etc.)?

_____

_____

Observaciones Adicionales:

_____

Recomendaciones Específicas:

_____ Muy Recomendado _____ Recomendado _____ Recomendado con reservaciones

_____ Prefiero no hacer recomendaciones (por favor explique o llame)

_____

_____

Realmente apreciamos el tiempo que a invertido en completar este formulario para el estudiante. Su aportación es realmente valiosa.

_____ _____ _____

Nombre Posición Fecha

_____ _____

Prescolar/guardería Numero de Teléfono

Preescolar San Raphael

Requisitos y acuerdos para padres voluntariados

Lo invitamos a que participe en las actividades de su hijo en el Preescolar de San Rafael. Por lo tanto, cada familia está obligada a ser **voluntaria 10 horas** al año escolar en actividades, eventos y apoyo relacionados con la escuela. Sin embargo, los nuevos requisitos de licencias estatales establecen que todos los que participan en el aula, paseos, o esté trabajando con niños **DEBE PROPORCIONAR PRUEBA DE LOS SIGUIENTES REQUISITOS:**

-Vacuna de Tos ferina
-Vacuna de sarampión
-Vacuna contra la gripe (o un papel si no la necesita)

Al firmar en la parte inferior, usted afirma que goza de buena salud para ser voluntario en el aula preescolar de su hijo.

Firma: _____ Fecha: _____

Reglas:

Les pedimos a los padres que lo que observen respecto a los niños sea estrictamente confidencial.
También:

- Familiares u otros niños no pueden asistir con usted durante su tiempo de voluntariado.
- Por favor sea consiente, rápido y apoye en lo que pueda.
- Use un lenguaje y un tono de voz apropiado y respetuoso.
- Por favor no use su teléfono celular para que los niños sepan que usted está por favor presente y enfocado.
- Por tabor no use su tiempo de voluntariado para socializar con otros padres de familia o maestros.
- Por favor muestre un comportamiento positivo el cual sea paciente y amable.

Las siguientes actividades se pueden utilizar para cumplir con sus horas de obligación voluntariados **Y NO NECESITA LAS VACUNAS REQUERIDAS.** Una gran oportunidad de voluntariado es traer almuerzo/comida para los cumpleaños de los maestras, la semana de agradecimiento a los maestras, bocadillos para festivos por las maestras y almuerzos para las reuniones del personal. **Cada $25 gastados en comida (solamente)** cuenta por 1 hora de voluntariado. Asegúrese de adjuntar sus recibos a su papel de padres voluntarios.

- Carpintería
- Costura
- Pintura
- Actividades de fin de semana
- Limpieza de juguetes y lavado de ropa
- Organizar o limpiar eventos escolares para recaudar
- Cuidar a nuestras aves del salón durante los fines de semana (1 hora), días festivos o vacaciones

La mayoría de estas actividades pueden llevarse a cabo durante el fin de semana.

He leído el acuerdo de padre de preescolar de San Rafael. Entiendo que debo ser voluntario para ayudar a beneficiar a nuestra escuela 10 horas durante el año escolar. Al final de año por cada hora que no se trabaje se le cobrara **$25.00 por hora**.

Nombre:_____ Firma: _____

Nombre del niño (a): _____ Fecha: _____



CA Lic.# 213005559

Autorización de Fotografías

Durante el año escolar se les toman bastantes fotos a los niños. Estas fotos se utilizan como muestra en nuestros pasillos y para publicidad. Marque la línea en la que está de acuerdo, firme ponga la fecha y devuelva este formulario.

> Por la presente **autorizo** el lanzamiento de fotos tomadas con el entendimiento que las fotos puedan usarse en publicidad atreves de nuestro sitio web, Facebook, Instagram, Yelp, etc.

Si _____ No _____

Nombre del Niño: _____

Firma del Padre o tutor: _____

Fecha: _____

STATE OF CALIFORNIA
HEALTH AND HUMAN SERVICES AGENCY

CALIFORNIA DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES
COMMUNITY CARE LICENSING DIVISION

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN Y EMERGENCIA
GUARDERÍAS INFANTILES/HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS

A completarse por el padre/madre o el representante autorizado

NOMBRE DEL NIÑO — APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	SEXO	TELÉFONO
				( )

DIRECCIÓN — NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	FECHA DE NACIMIENTO

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL/ PAREJA DOMÉSTICA DEL PADRE — APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELÉFONO DEL TRABAJO
			( )

DIRECCIÓN DEL HOGAR — NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO DEL HOGAR
					( )

NOMBRE DE LA MADRE/TUTOR LEGAL/ PAREJA DOMÉSTICA DE LA MADRE — APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELÉFONO DEL TRABAJO
			( )

DIRECCIÓN DEL HOGAR — NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO DEL HOGAR
					( )

PERSONA RESPONSABLE DEL NIÑO — APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELÉFONO DEL HOGAR	TELÉFONO DEL TRABAJO
			( )	( )

PERSONAS ADICIONALES QUE SE PUEDEN LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	PARENTESCO/ RELACIÓN

MÉDICO O DENTISTA QUE SE DEBE LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

MÉDICO	DIRECCIÓN	NOMBRE Y NÚMERO DEL PLAN MÉDICO	TELÉFONO
			( )

DENTISTA	DIRECCIÓN	NOMBRE Y NÚMERO DEL PLAN MÉDICO	TELÉFONO
			( )

SI NO SE PUEDE HABLAR CON EL MÉDICO, ¿QUE ACCIÓN SE DEBE DE TOMAR?

☐ LLAMAR AL HOSPITAL DE EMERGENCIA ☐ OTRA EXPLIQUE: _____

NOMBRE DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA LLEVARSE AL NIÑO DEL ESTABLECIMIENTO

(AL NIÑO NO SE LE PERMITIRÁ SALIR CON NINGUNA OTRA PERSONA SIN AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO.)

NOMBRE	PARENTESCO/RELACIÓN

HORA EN QUE SE PASARÁ A BUSCAR AL NIÑO

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL O REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA

A COMPLETARSE POR EL DIRECTOR/ADMINISTRADOR DEL ESTABLECIMIENTO O POR LA PERSONA CON LICENCIA DEL HOGAR QUE PROPORCIONA CUIDADO DE NIÑOS

DATE OF ADMISSION	DATE LEFT

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA-
Guarderías infantiles u hogares que proporcionan cuidado de niños

COMO PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO, POR ESTE MEDIO, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE

_____ OBTENGA TODO EL TRATAMIENTO MÉDICO O DENTAL DE EMERGENCIA QUE
NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

UN DOCTOR (M.D.), OSTEÓPATA (D.O.), O DENTISTA (D.D.S.) DEBIDAMENTE CERTIFICADO RECETE PARA

_____. SE PUEDE PROVEER ESTE CUIDADO BAJO CUALQUIER CONDICIÓN QUE SEA
NOMBRE

NECESARIA PARA PRESERVAR LA VIDA, MIEMBROS DEL CUERPO, O BIENESTAR DEL NIÑO MENCIONADO ANTERIORMENTE.

EL NIÑO TIENE ALERGIA A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:

FECHA

FIRMA DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO

DOMICILIO

NÚMERO DE TELÉFONO EN LA CASA	NÚMERO DE TELÉFONO EN EL TRABAJO
( )	( )

NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LAS GUARDERÍAS INFANTILES

DERECHOS DE LOS PADRES

Como padre/madre/representante autorizado, usted tiene derecho a:

1. Entrar e inspeccionar la guardería infantil (llamada "guardería" de aquí en adelante) sin notificación previa, en cualquier momento en el cual los niños estén bajo cuidado.

2. Presentar una queja con la oficina de licenciamiento en contra de la persona con licencia y revisar el expediente público que la oficina de licenciamiento tenga de la persona con licencia.

3. Revisar, en la guardería, los reportes sobre las visitas a la guardería por parte de la oficina de licenciamiento y las quejas comprobadas en contra de la persona con licencia que se hayan presentado durante los últimos tres años.

4. Quejarse con la oficina de licenciamiento e inspeccionar la guardería sin que se discrimine ni que se tomen represalias en contra de usted ni de su hijo.

5. Pedir por escrito que no se le permita a un padre/madre que visite al niño de usted ni que se lo lleve de la guardería, siempre y cuando usted haya presentado una copia certificada de la orden de la corte.

6. Recibir de la persona con licencia el nombre, dirección y número de teléfono de la oficina local de licenciamiento.

   Nombre de la oficina de licenciamiento: Community Care Licensing

   Dirección de la oficina de licenciamiento: 851 Traeger Avenue, Suite 360, San Bruno, CA 940

   Número de teléfono de la oficina de licenciamiento: (650) 266-8843

7. Después de haberlo solicitado, que la persona con licencia le informe del nombre y tipo de asociación con la guardería de cualquier persona adulta a quien se le haya otorgado una exención en relación a sus antecedentes penales, y que el nombre de la persona también se puede obtener comunicándose con la oficina local de licenciamiento.

8. Recibir de la persona con licencia, el formulario sobre el proceso para la revisión de los antecedentes de los proveedores de cuidado.

NOTA: ***LA LEY ESTATAL DE CALIFORNIA ESTIPULA QUE LA PERSONA CON LICENCIA PUEDE NEGAR EL ACCESO A LA GUARDERÍA AL PADRE/MADRE/REPRESENTANTE AUTORIZADO SI SU COMPORTAMIENTO PONE EN RIESGO A LOS NIÑOS BAJO CUIDADO.***

Para ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (conocida en inglés como "Registered Sex Offender Database"), vaya a www.meganslaw.ca.gov

Keep

(Separe aquí. Dele esta porción a los padres.)

Return

CONFIRMACIÓN DE HABER RECIBIDO LA NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES

(Se requiere la firma del padre/madre/representante autorizado.)

Yo, el padre/madre/representante autorizado de _____, he recibido, de la persona con licencia, una copia de la "NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LAS GUARDERÍAS INFANTILES" y el formulario sobre el PROCESO PARA LA REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES DE LOS PROVEEDORES DE CUIDADO.

Saint Raphael Preschool
Nombre de la guardería

_____ _____
Firma (Padre/madre/representante autorizado) Fecha

NOTA: ***Esta Confirmación se tiene que conservar en el expediente del niño y una copia de la Notificación se le tiene que dar al padre/madre/representante autorizado.***

Para ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (conocida en inglés como "Registered Sex Offender Database"), vaya a www.meganslaw.ca.gov

DERECHOS PERSONALES

Guarderías infantiles

Derechos personales - Vea la Sección 101223 sobre las condiciones para exenciones en relación a las guarderías infantiles.

(a) Guarderías infantiles. Cada niño que reciba servicios de una guardería infantil tendrá derechos que incluyen pero que no se limitan a los siguientes:

(1) a ser tratado con dignidad en sus relaciones personales con el personal del establecimiento y con otras personas.

(2) a que se le proporcione alojamiento, muebles, y equipo que sean seguros, higiénicos, y cómodos, para satisfacer sus necesidades.

(3) a no recibir castigo corporal o poco común; a que no se le cause dolor o humillación; a que no se le intimide; a no recibir burlas, coerción, amenazas, abuso mental, u otros castigos incluyendo pero no limitándose a: interferir con las funciones diarias de la vida, tales como el comer, dormir, o usar el baño; a que no se le niegue alojamiento, ropa, medicamentos, o medios auxiliares para el funcionamiento físico.

(4) a que la persona con licencia para el cuidado de niños le informe al niño, así como a su representante autorizado si lo hay, sobre lo que dice la ley con respecto a las quejas. Esta información debe incluir pero no limitarse a la dirección y número de teléfono de la sección en la oficina de licenciamiento que recibe quejas, e información con respecto a la confidencialidad.

(5) a tener la libertad de asistir a los servicios o a las actividades religiosas que desee, y a recibir visitas del consejero espiritual que prefiera. La asistencia a los servicios religiosos, ya sea dentro o fuera del establecimiento, deberá ser completamente voluntaria. En las guarderías infantiles, los padres o tutores legales del niño deberán tomar las decisiones sobre la asistencia a servicios religiosos y las visitas de consejeros espirituales.

(6) a que no se le encierre con llave en ninguna habitación, edificio, ni parte del establecimiento durante el día o la noche.

(7) a que no se le coloque en ningún aparato para limitar sus movimientos, excepto en un aparato de restricción para proporcionar apoyo que haya sido aprobado desde antes por la oficina de licenciamiento.

EL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL TIENE EL DERECHO A QUE SE LE INFORME SOBRE LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO APROPIADA CON LA CUAL DEBE COMUNICARSE SI TIENE QUEJAS. LA OFICINA ES:

Department of Social Services

NOMBRE

Community Care Licensing

DIRECCIÓN

851 Traeger Avenue, Suite 360,

CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	AREA/NÚMERO DE TELÉFONO
San Bruno, CA	94066	(650) 266-8843

Keep

SEPARE AQUÍ

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

PARA EL EXPEDIENTE DEL NIÑO

Return

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

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

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)	(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO)

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL NIÑO)

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

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

PHYSICIAN'S REPORT—CHILD CARE CENTERS
(CHILD'S PRE-ADMISSION HEALTH EVALUATION)

PART A – PARENT'S CONSENT (TO BE COMPLETED BY PARENT)

_____, born _____ is being studied for readiness to enter
(NAME OF CHILD) (BIRTH DATE)

_____ . This Child Care Center/School provides a program which extends from _____ : ____
(NAME OF CHILD CARE CENTER/SCHOOL)

a.m./p.m. to _____ a.m./p.m. , _____ days a week.

Please provide a report on above-named child using the form below. I hereby authorize release of medical information contained in this report to the above-named Child Care Center.

_____ _____
(SIGNATURE OF PARENT, GUARDIAN, OR CHILD'S AUTHORIZED REPRESENTATIVE) (TODAY'S DATE)

PART B – PHYSICIAN'S REPORT (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN)

Problems of which you should be aware:

Hearing: Allergies: medicine:

Vision: Insect stings:

Developmental: Food:

Language/Speech: Asthma:

Dental:

Other (Include behavioral concerns):

Comments/Explanations:

MEDICATION PRESCRIBED/SPECIAL ROUTINES/RESTRICTIONS FOR THIS CHILD:

IMMUNIZATION HISTORY: (Fill out or enclose California Immunization Record, PM-298.)

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	1st	2nd	3rd	4th	5th
POLIO (OPV OR IPV)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
DTP/DTaP/ DT/Td (DIPHTHERIA, TETANUS AND [ACELLULAR] PERTUSSIS OR TETANUS AND DIPHTHERIA ONLY)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
MMR (MEASLES, MUMPS, AND RUBELLA)	/ /	/ /			
HIB MENINGITIS (REQUIRED FOR CHILD CARE ONLY) (HAEMOPHILUS B)	/ /	/ /	/ /	/ /	
HEPATITIS B	/ /	/ /	/ /		
VARICELLA (CHICKENPOX)	/ /	/ /			

SCREENING OF TB RISK FACTORS (listing on reverse side)

☐ Risk factors not present; TB skin test not required.

☐ Risk factors present; Mantoux TB skin test performed (unless previous positive skin test documented).
___ Communicable TB disease not present.

I have ☐ have not ☐ reviewed the above information with the parent/guardian.

Physician: _____ Date of Physical Exam: _____
Address: _____ Date This Form Completed: _____
Telephone: _____ Signature _____

☐ Physician ☐ Physician's Assistant ☐ Nurse Practitioner

HISTORIAL DE LA SALUD DEL NIÑO ANTES DE LA ADMISIÓN—REPORTE DEL PADRE/MADRE

NOMBRE DEL NIÑO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE/PAREJA DOMÉSTICA DEL PADRE		¿VIVE EL PADRE/LA PAREJA DOMÉSTICA DEL PADRE EN EL HOGAR CON EL NIÑO?
NOMBRE DE LA MADRE/PAREJA DOMÉSTICA DE LA MADRE		¿VIVE LA MADRE/LA PAREJA DOMÉSTICA DE LA MADRE EN EL HOGAR CON EL NIÑO?
¿ESTÁ/HA ESTADO EL NIÑO BAJO LA SUPERVISIÓN REGULAR DE UN MÉDICO?		FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO/MÉDICO

HISTORIAL DEL DESARROLLO *(*solamente para los bebés y niños de edad preescolar)*

EMPEZÓ A CAMINAR A LOS* MESES	EMPEZÓ A HABLAR A LOS* MESES	SE LE EMPEZÓ A ENSEÑAR CÓMO IR AL BAÑO A LOS* MESES

ENFERMEDADES EN EL PASADO — Marque las enfermedades que el niño ha tenido y especifique las fechas aproximadas de las mismas:

	FECHAS		FECHAS		FECHAS
☐ Varicela		☐ Diabetes		☐ Poliomielitis	
☐ Asma		☐ Epilepsia		☐ Sarampión de diez días *(Rubeola)*	
☐ Fiebre reumática		☐ Tos ferina		☐ Sarampión de tres días *(Rubella)*	
☐ Fiebre del heno		☐ Paperas			

ESPECIFIQUE OTRAS ENFERMEDADES O ACCIDENTES SERIOS O GRAVES

¿TIENE EL NIÑO RESFRIADOS FRECUENTES? ☐ SÍ ☐ NO	¿CUÁNTOS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES?	ANOTE CUALQUIER ALERGIA DE LA CUAL EL PERSONAL DEBE ESTAR ENTERADO

RUTINA DIARIA *(*solamente para los bebés y niños de edad preescolar)*

¿A QUÉ HORA SE LEVANTA EL NIÑO?*	¿A QUÉ HORA SE ACUESTA EL NIÑO?*	¿DUERME BIEN EL NIÑO?*
¿DUERME EL NIÑO DURANTE EL DÍA?*	¿CUÁNDO?*	¿POR CUÁNTO TIEMPO?*

PATRÓN DE DIETA: (¿Qué come el niño usualmente para estas comidas?)		¿CUÁLES SON LAS HORAS USUALES DE ESTAS COMIDAS?
	DESAYUNO	DESAYUNO _____
	ALMUERZO	ALMUERZO _____
	CENA	CENA

¿HAY ALGUNOS ALIMENTOS QUE NO LE GUSTAN COMER?	¿TIENE ALGUN PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN?

¿SABE EL NIÑO COMO IR AL BAÑO?* ☐ SÍ ☐ NO	SI CONTESTA "SÍ", ¿EN QUE ETAPA DE APRENDIZAJE ESTA?*	¿TIENE EVACUACIONES INTESTINALES REGULARES?* ☐ SÍ ☐ NO	¿CUÁL ES LA HORA USUAL?*
¿CUÁL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LAS EVACUACIONES INTESTINALES?*		¿CUÁL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LA DESCARGA DE LA ORINA?*	

EVALUACIÓN DE LA SALUD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE/MADRE

¿ESTÁ EL NIÑO ACTUALMENTE BAJO EL CUIDADO DE UN DOCTOR? ☐ SÍ ☐ NO	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE EL NOMBRE DEL DOCTOR:	¿ESTÁ TOMANDO EL NIÑO MEDICAMENTOS RECETADOS? ☐ SÍ ☐ NO	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE Y EFECTOS SECUNDARIOS:
¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL? ☐ SÍ ☐ NO	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE:	¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL EN SU CASA? ☐ SÍ ☐ NO	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE:

EVALUCIÓN DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE/MADRE

¿CÓMO CONVIVE EL NIÑO CON SUS PADRES, HERMANOS, HERMANAS, Y OTROS NIÑOS?

¿HA TENIDO EL NIÑO EXPERIENCIAS EN RELACIÓN A JUEGOS EN GRUPO?

¿TIENE EL NIÑO ALGÚN PROBLEMA/TEMORES/NECESIDADES ESPECIALES? (EXPLIQUE.)

¿CUÁL ES EL PLAN PARA EL CUIDADO DEL NIÑO CUANDO ESTÉ ENFERMO?

RAZÓN PARA SOLICITAR LA COLOCACIÓN EN UN LUGAR DONDE SE PROPORCIONE CUIDADO DE NIÑOS

FIRMA DEL PADRE/MADRE	FECHA

GUÍA PARA PADRES SOBRE LAS VACUNAS
REQUERIDAS PARA PRE-KÍNDER (GUARDERÍA)

Empezando el 1 de julio de 2019

Los padres deben proporcionar el Comprobante de Inmunización del niño\a como prueba de vacunación antes de empezar el pre-kínder (guardería) y durante cada punto de control de edad después de ingresar.

Edad al ingresar/ punto de control	Dosis requeridas
2–3 meses	**1 Polio** **1 DTaP** **1 Hep B** **1 Hib**
4–5 meses	**2 Polio** **2 DTaP** **2 Hep B** **2 Hib**
6–14 meses	**2 Polio** **3 DTaP** **2 Hep B** **2 Hib**
15–17 meses	**3 Polio** **3 DTaP** **2 Hep B** **1 Hib*** (al cumplir el 1er año de edad o después) **1 Varicela** **1 MMR** (al cumplir el 1er año de edad o después)
18 meses–5 años	**3 Polio** **4 DTaP** **3 Hep B** **1 Hib*** (al cumplir el 1er año de edad o después) **1 Varicela** **1 MMR** (al cumplir el 1er año de edad o después)

*Una dosis contra el Hib se debe aplicar al cumplir el 1er año de edad o después, independientemente de las dosis anteriores. Se requiere sólo para niños menores de 5 años de edad.

DTaP= vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina acelular
Hep B= vacuna contra la hepatitis B
Hib= vacuna contra haemophilus influenzae tipo B
MMR= vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola.