TEXAS Health and Human Services

Formulario 2935-S
Octubre de 2023

Información para la inscripción

Use este formulario para recabar toda la información necesaria para inscribir a un menor en una guardería.

Instrucciones: La guardería entrega este formulario al padre o tutor del menor. El padre o tutor llena el formulario y lo entrega a la guardería antes del ingreso del menor en la entidad. La guardería archiva el formulario en el expediente que se guarda en el centro de cuidado infantil.

Información general

Nombre del centro: CREATIVE CARE CHILDREN'S SCHOOL	Nombre del director: SARA BARRON

Nombre completo del menor:	Fecha de nacimiento del menor:	¿Con quién vive el menor? ◯ Ambos padres ◯ La madre ◯ El padre ◯ Un tutor

Dirección de la residencia del menor:	Fecha de ingreso:	Fecha de salida:

Nombre del padre o tutor que llena el formulario:	Dirección del padre o tutor *(si es diferente de la dirección del menor)*:

Indique los números de teléfono donde se puede localizar a los padres o al tutor cuando el menor esté en la guardería.

Teléfono del padre 1:	Teléfono del padre 2:	Teléfono del tutor:	¿El expediente incluye los documentos sobre la custodia? ◯ Sí ◯ No

En caso de una emergencia, llame a:

Nombre del contacto de emergencia:	Relación:	Número de teléfono y código de área:

Dirección:

Autorizo a esta guardería **a permitir que mi hijo** salga de las instalaciones **SOLO** con las siguientes personas. Indique el nombre y teléfono de cada persona. El menor solo podrá salir del centro con los padres, el tutor o la persona designada por estos, una vez que muestren su identificación.

Nombre:	Número de teléfono y código de área:
Nombre:	Número de teléfono y código de área:
Nombre:	Número de teléfono y código de área:

Permisos

1. Transporte:

Doy mi permiso para que los empleados de la guardería transporten y supervisen a mi hijo por las siguientes razones (marque todo lo que corresponda).

☐ Para recibir atención médica de emergencia ☐ Para participar en paseos escolares ☐ De ida y vuelta a la casa

☐ De ida y vuelta a la guardería

2. Paseos escolares:

◯ Doy mi permiso para que mi hijo participe en paseos escolares. ◯ No doy mi permiso para que mi hijo participe en las excursiones.

Comentarios:

3. Actividades en el agua:

Doy mi permiso para que mi hijo participe en las siguientes actividades en el agua (Marque todo lo que corresponda).

☐ Mesas para jugar con agua ☐ Actividades con rociadores ☐ Chapoteaderos ☐ Piscinas ☐ Parques acuáticos

¿Puede nadar su hijo sin ayuda?

◯ Sí ◯ No

¿Tiene su hijo alguna condición física, de salud, de comportamiento o de otro tipo que le ponga en peligro mientras nada?

◯ Sí ◯ No

¿Quiere que su hijo lleve un chaleco salvavidas cuando esté en una alberca o cerca de ella?

◯ Sí ◯ No

4. Acuse de recibo de las normas operativas por escrito:

Acuso recibo de las normas operativas del centro, incluidas las relacionadas con (Marque todo lo que corresponda).

☐ Disciplina y orientación
☐ Suspensión y expulsión
☐ Planes en casos de emergencia
☐ Procedimientos para los chequeos médicos
☐ Sueño seguro
☐ Procedimientos para que los padres hablen con el director sobre algún problema
☐ Fomento de actividad física en interiores y al aire libre, incluidos los criterios para casos de clima extremo
☐ Procedimientos para que los padres participen en las actividades del centro
☐ Procedimiento para dejar salir a los menores
☐ Enfermedades y criterios de exclusión
☐ Procedimientos para la administración de medicamentos
☐ Requisitos de vacunación infantil
☐ Prácticas sobre el servicio de alimentación
☐ Procedimientos para visitar el centro sin autorización previa
☐ Procedimientos para apoyar a servicios inclusivos
☐ Procedimientos para que los padres se comuniquen con la División de Regulación para el Cuidado Infantil (CCR), DFPS, la Línea de Ayuda para Denunciar el Maltrato Infantil y el sitio web de la CCL

5. Comidas:

Estoy enterado de que se servirán las siguientes comidas a mi hijo cuando esté bajo cuidado (marque todas las que correspondan):

☐ Ninguna ☐ Desayuno ☐ Bocadillo por la mañana ☐ Hora del almuerzo ☐ Bocadillo por la tarde ☐ Cena
☐ Bocadillo por la noche

6. Horario en que el menor estará al cuidado de la entidad:

Mi hijo estará normalmente en la guardería en el siguiente horario:

Día de la semana	A.M.	P.M.
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		
Domingo		

7. Acuse de recibo de los derechos de padres

Acuso recibo de una copia escrita de mis derechos como padre o tutor de un niño inscrito en este centro.

_____
Firma del padre o tutor

_____
Fecha en que firmó

8. Necesidades de cuidado especial del menor (marque todas las respuestas que correspondan)

- ☐ Alergias ambientales
- ☐ Intolerancias alimentarias
- ☐ Enfermedad existente
- ☐ Enfermedad grave previa
- ☐ Lesiones y hospitalizaciones *(durante los últimos 12 meses)*
- ☐ Otra _____
- ☐ Limitaciones o restricciones en las actividades del menor
- ☐ Adaptaciones o modificaciones razonables
- ☐ Equipo para la adaptación *(incluya instrucciones a continuación)*
- ☐ Síntomas o indicios de complicaciones
- ☐ Medicamentos prescritos para uso continuo a largo plazo

Dé una explicación de cualquier necesidad seleccionada anteriormente:

¿Le han diagnosticado alguna alergia alimentaria al menor? ◯ Sí ◯ No

Fecha en que se presentó el plan de emergencia para alergias alimentarias: _____

Las guarderías infantiles se consideran instalaciones públicas de conformidad con el título III de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA). Para más información, visite https://www.ada.gov/resources/child-care-centers/ (en inglés). Si cree que una de estas entidades está cometiendo actos de discriminación, violando así el título III, puede llamar a la línea de información sobre la ADA al 800-514-0301 (voz) o al 800-514-0383 (TTY).

_____ _____
Firma del padre o tutor **Fecha en que firmó**

9. Niños en edad escolar

Mi hijo asiste a la siguiente escuela:	Código de área y teléfono de la escuela:

Mi hijo tiene permiso para *(marque todas las que correspondan)*:

☐ Caminar de casa a la escuela y de la escuela a casa ☐ Tomar el autobús ☐ Salir de la escuela con su hermano menor de 18 años

Lugares autorizados para recoger o regresar al menor aparte de su casa:

☐ Las vacunas obligatorias del menor, las pruebas de visión y audición y las pruebas de tuberculosis están al día y registrados en los archivos de su escuela.

Autorización para la atención médica de emergencia

En caso de que no puedan localizarme para que tome decisiones si mi hijo necesita atención médica de emergencia, autorizo a quien esté a cargo a que lleve a mi hijo a:

Nombre del médico	Dirección	Teléfono

Nombre del centro de atención médica de emergencia	Dirección	Teléfono

Autorizo al centro a obtener la atención médica de emergencia necesaria para mi hijo.

_____ _____
Firma del padre o tutor **Fecha en que firmó**

Requisitos para la exención del cumplimiento

◯ He adjuntado una declaración jurada firmada y fechada en la que afirmo que declino vacunar a mi hijo por razones de conciencia, incluidas mis creencias religiosas, en la forma descrita en la sección 161.0041 del Código de Salud y Seguridad, la cual debo presentar a más tardar 90 días después de que la declaración jurada sea certificada por un notary public.

◯ He adjuntado una declaración jurada firmada y fechada en la que afirmo que los exámenes de la vista o audición son incompatibles con los principios y prácticas de una iglesia o denominación religiosa de la que soy seguidor o a la que pertenezco.

Resultados del examen de la vista

Ojo derecho 20/ Ojo izquierdo 20/ ◯Superado ◯No superado

Firma **Fecha en que firmó**

Resultados del examen de audición

Oído	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz	Superado o No superado
Derecho				◯ Sí ◯ No
Izquierdo				◯ Sí ◯ No

Firma **Fecha en que firmó**

Requisitos de inscripción

Si el menor no asiste a prekínder o a una escuela lejos del centro de cuidado infantil, usted debe presentar uno de los siguientes documentos el primer día que el menor asista al centro de cuidado infantil, o a más tardar una semana después. *(Seleccione **solo** una opción.)*

◯ Declaración de un profesional de la salud: En el último año he examinado al menor aquí nombrado y he concluido que puede acudir a la guardería.

◯ Se adjunta una copia firmada y fechada de la declaración de un profesional de la salud.

◯ El diagnóstico y tratamiento médico no es compatible con los principios y prácticas de una organización religiosa reconocida de la que soy seguidor o miembro. He adjuntado una declaración jurada firmada y fechada a este respecto.

◯ Un profesional de la salud examinó al menor en el último año y determinó que puede participar en el programa de cuidado infantil. A más tardar 12 meses después de su ingreso, entregaré a la entidad de cuidado infantil la declaración firmada de un profesional de la salud.

Nombre del profesional de la salud, si se seleccionó

Dirección del profesional de la salud, si se seleccionó

Firma del profesional de la salud

Fecha en que firmó

Firma del padre o tutor

Fecha en que firmó

Información sobre las vacunas

Las siguientes vacunas deben aplicarse en varias dosis. Indique la fecha en que el menor recibió cada una de las dosis.

Vacuna	Calendario de vacunación	Fecha en que el menor fue vacunado
Hepatitis B	Nacimiento (primera dosis)	
	1 a 2 meses (segunda dosis)	
	6 a 18 meses (tercera dosis)	
Rotavirus	2 meses (primera dosis)	
	4 meses (segunda dosis)	
	6 meses (tercera dosis)	
Difteria, tétano, tos ferina	2 meses (primera dosis)	
	4 meses (segunda dosis)	
	6 meses (tercera dosis)	
	15 a 18 meses (cuarta dosis)	
	4 a 6 años (quinta dosis)	
Haemophilus influenzae grupo B	2 meses (primera dosis)	
	4 meses (segunda dosis)	
	6 meses (tercera dosis)	
	12 a 15 meses (cuarta dosis)	
Neumococo	2 meses (primera dosis)	
	4 meses (segunda dosis)	
	6 meses (tercera dosis)	
	12 a 15 meses (cuarta dosis)	
Virus de la poliomielitis (vacuna inactivada)	2 meses (primera dosis)	
	4 meses (segunda dosis)	
	6 a 18 meses (tercera dosis)	
	4 a 6 años (cuarta dosis)	
Influenza	Cada año a partir de los 6 meses. Se recomiendan dos dosis administradas con un intervalo de al menos cuatro semanas para los menores que reciben la vacuna por primera vez y para algunos otros menores de este grupo	
Sarampión, paperas y rubéola	12 a 15 meses (primera dosis)	
	4 a 6 años (segunda dosis)	
Varicela	12 a 15 meses (primera dosis)	
	4 a 6 años (segunda dosis)	
Hepatitis A	12 a 23 meses (primera dosis)	
	La segunda dosis debe aplicarse 6 a 18 meses después de la primera dosis.	

Varicela

La vacuna contra la varicela no es obligatoria si el menor ya ha tenido la enfermedad. Si su hijo tiene varicela, complete la siguiente declaración:

Mi hijo tuvo la enfermedad de varicela alrededor del [date] y por lo tanto no necesita la vacuna contra la varicela.

Firma **Fecha en que firmó**

Información adicional sobre las vacunas

Para obtener más información sobre las vacunas, visite el sitio web del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas en www.dshs.state.tx.us/immunize/public.shtm.

Prueba de la tuberculosis (si se necesita)

◯ Positivo ◯ Negativo Fecha: _____

Zona libre de pandillas

Según lo establecido en el Código Penal de Texas, cualquier lugar situado a menos de mil pies de distancia de un centro de cuidado infantil forma parte de una zona libre de pandillas. Cualquier delito relacionado con el crimen organizado cometido en esta zona estará sujeto a penas más severas.

Declaración sobre la privacidad

La HHSC valora su privacidad. Para más información, lea nuestra política sobre la privacidad en línea en https://www.hhs.texas.gov/es/politicas-practicas-normas-de-privacidad

Firmas

Padre o tutor del menor **Fecha en que firmó**

Persona designada por la entidad de cuidado infantil **Fecha en que firmó**

Verificación del médico o profesional de salud pública

Firma o sello del médico o profesional de salud pública responsable de comprobar los datos indicados sobre la vacunación:

Firma **Fecha en que firmó**