

# SMART FROM THE START

## Lista de Registro

Nombre del niño/a \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha de Inscripción: \_\_\_\_\_ Fecha de Despido: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Información del Estudiante/Familia

\_\_\_\_\_ Recibo del Manual para Padres

\_\_\_\_\_ Recibo del Resumen de Normas de Licencia para Centros de Cuidado Infantil

\_\_\_\_\_ Recibo de la Política de Orientación y Disciplina

\_\_\_\_\_ Excursiones a pie/Salidas

\_\_\_\_\_ Autorización de Fotografía

\_\_\_\_\_ Autorización para Medicamentos sin Receta

\_\_\_\_\_ Autorización para Medicamentos con Receta y de Venta Libre

\_\_\_\_\_ Acuerdo de Matrícula

\_\_\_\_\_ Hoja de Datos del Niño/a

\_\_\_\_\_ Evaluación de Salud (registros de vacunas, examen físico, historial de salud, cuestionario de tuberculosis)

\_\_\_\_\_ Certificado de Nacimiento (Dentro de los 30 días de inscripción, el padre o tutor debe proporcionar una copia certificada del certificado de nacimiento del niño/a)

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:**

Nombre del niño/a \_\_\_\_\_

Dirección de casa del niño/a \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Dirección de casa del Padre/Madre 1, en caso de ser diferente a la del estudiante

\_\_\_\_\_

Dirección de casa del Padre/Madre 2, en caso de ser diferente a la del estudiante

\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA FAMILIA:**

**Padre/Madre 1:**

Nombre \_\_\_\_\_

Números de Teléfono Celular # \_\_\_\_\_ Trabajo # \_\_\_\_\_ Casa # \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Empleo \_\_\_\_\_

Dirección de Empleo \_\_\_\_\_

**Padre/Madre 2:**

Nombre \_\_\_\_\_

Números de Teléfono Celular # \_\_\_\_\_ Trabajo # \_\_\_\_\_ Casa # \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Empleo \_\_\_\_\_

Dirección de Empleo \_\_\_\_\_

**HORARIO DE TRABAJO ESPERADO PARA LOS PADRES**

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES

**HORARIO DE CUIDADO ESPERADO PARA EL NIÑO/A**

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES

**PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA**

Nombre del Médico \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Hospital Preferido \_\_\_\_\_

Alergias, Necesidades Especiales o Instrucciones Especiales \_\_\_\_\_

Autorizo a Smart From the Start, licenciado por el Departamento de Servicios para Niños y Familias, a buscar tratamiento médico de emergencia y/o tratamiento quirúrgico de emergencia para el menor mencionado anteriormente mientras esté bajo cuidado. En caso de emergencia, la directora del personal viajará con el estudiante en la ambulancia al hospital más cercano.

Humboldt Park Health 1044 N. Francisco Chicago IL 60622

\_\_\_\_\_  
(Firma del Padre/Tutor)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

## **CONTACTOS DE EMERGENCIA**

**TODA LA INFORMACIÓN SE CONSIDERARÁ Y MANEJARÁ DE MANERA CONFIDENCIAL**

Por favor, enumere nombres, direcciones y números de teléfono si no se puede contactar a los padres.

NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACIÓN \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACIÓN \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

## **LISTA DE RECOGIDA**

**TODA LA INFORMACIÓN SE CONSIDERARÁ Y MANEJARÁ DE MANERA CONFIDENCIAL**

Smart From the Start tiene permiso para entregar a mi hijo/a a los siguientes en caso de que los padres no estén disponibles para recogerlo por cualquier motivo. Si un niño no es recogido antes de la hora de cierre de la escuela, Smart From the Start tiene mi permiso para contactar a la lista de emergencia y luego a la lista de recogida. Después de 15 minutos de intentos fallidos de comunicarse con los padres, contactos de emergencia y lista de recogida, estamos obligados a llamar a la comisaría de policía más cercana y al DCFS.

NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACIÓN \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del Padre/Tutor)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

**RECIBO DEL MANUAL PARA PADRES**

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que he recibido el Manual para Padres de Smart From the Start.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Padre/Tutor)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

**RECIBO DEL RESUMEN DE NORMAS DE LICENCIA PARA CENTROS DE CUIDADO INFANTIL**

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que he recibido una copia del resumen de las normas de licencia impresas por el Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Padre/Tutor)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

**RECIBO DE LA POLÍTICA DE ORIENTACIÓN Y DISCIPLINA (EN EL MANUAL PARA PADRES)**

Yo, \_\_\_\_\_, certifico que he recibido y comprendido la política de orientación y disciplina que está claramente definida en el Manual para Padres de Smart From the Start.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Padre/Tutor)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

**EXCURSIONES Y SALIDAS A PIE**

Smart From the Start puede realizar paseos, visitas, excursiones. Si realizamos salidas a pie o excursiones en transporte en autobús, se requerirán permisos especiales para esas circunstancias. Se requiere permiso para participar.

Doy permiso a Smart From the Start para que lleve a mi hijo/a en salidas como se menciona, entendiendo que se solicitarán permisos especiales antes de cualquier excursión/salida.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Padre/Tutor)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

### **AUTORIZACIÓN DE FOTOGRAFÍA**

Smart From the Start tiene mi permiso para usar fotografías y/o videos míos o de mi hijo/a para fines publicitarios, promocionales o educativos. Entiendo que estas imágenes se pueden usar en publicaciones impresas, publicaciones en línea, presentaciones, sitios web y redes sociales. También entiendo que no se me pagará ningún tipo de regalía, tarifa u otra compensación por dicho uso.

\_\_\_ Sí, doy mi consentimiento para que Smart From the Start use fotografías de mi hijo/a con fines escolares y/o en eventos escolares.

\_\_\_ No, no autorizo a Smart From the Start a usar fotografías de mi hijo/a para ningún evento.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Padre/Tutor)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

### **AUTORIZACIÓN MÉDICA DE MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE**

Doy permiso al personal de Smart From the Start para aplicar productos de venta libre tópicos a mi hijo/a según sea necesario (marque todos los que correspondan)

\*Protector solar proporcionado por la escuela. Los padres deben proporcionar al centro otros elementos enumerados si es necesario.

\_\_\_ Protector solar. \_\_\_ Crema para pañales/Aquaphor. \_\_\_ Orajel

\_\_\_ Tabletas para la dentición. \_\_\_ Bálsamo labial \_\_\_ Crema/Loción

\_\_\_\_\_  
(Firma del Padre/Tutor)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

### **MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE Y CON RECETA**

Todos los medicamentos con receta y de venta libre deben estar en el envase original etiquetado por la farmacia y solo se pueden administrar si se firma el formulario de consentimiento de Smart From the Start (consulte al director para obtener el formulario de consentimiento cuando sea necesario). La etiqueta original del medicamento debe tener el nombre del niño/a, la fecha, la dosis y la frecuencia de administración. Debemos tener una nota de la médico archivada que se coordine con ese medicamento, independientemente de si es con receta o de venta libre.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Padre/Tutor)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

## **ACUERDO DE MATRÍCULA**

A partir del \_\_\_\_\_, Smart From the Start se compromete a brindar servicios de cuidado infantil para los siguientes niños:

\_\_\_\_\_  
(Nombre Impreso del Niño)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de Nacimiento)

\_\_\_\_\_  
(Nombre Impreso del Niño)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de Nacimiento)

- Cuota anual de inscripción de \$100.00 (debida al momento de la inscripción y cada marzo posterior)
- Los copagos se deben pagar el día 5 de cada mes, así como la cuota adicional de \$40 (por un solo niño) o \$50 (por varios niños) \$\_\_\_\_\_
- Cantidad semanal pagada \$\_\_\_\_\_
- Tarifa por recogida tardía de \$15, más \$1 por minuto después de nuestro horario de cierre.

La matrícula se paga semanalmente y puede prorratearse según la fecha de inicio y finalización. El tutor debe notificar con 60 días de anticipación si cancela la matrícula. La tarifa de inscripción es anual y se pagará cada marzo.

Al firmar este acuerdo, el padre, tutor legal o adulto responsable y el centro de cuidado infantil se comprometen a cumplir con todas las políticas y disposiciones contenidas en este contrato y en el manual para padres.

\_\_\_\_\_  
(Firma del Padre/Tutor)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

## **HOJA DE DATOS DEL NIÑO**

Si el niño/a tiene alguna de las siguientes condiciones, por favor explique:

Condiciones médicas: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Alimentos que le gustan: \_\_\_\_\_

Alimentos que no le gustan: \_\_\_\_\_

Miedos: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a duerme la siesta? \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_ Duración \_\_\_\_\_

¿Qué ayuda a su hijo/a a dormir la siesta? \_\_\_\_\_

Estado actual del entrenamiento para ir al baño: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a ha asistido a guardería antes? \_\_\_\_\_ Si sí, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a tiene hermanos/as? Si sí, nombres y edades \_\_\_\_\_

Si sí, nombres y edades: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a tiene mascotas? \_\_\_\_\_ Si sí, nombres: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a toma regularmente medicamentos? \_\_\_\_\_, Nombre del medicamento \_\_\_\_\_

### **Solo para bebés**

Su hijo/a toma, leche materna o fórmula

Nombre de la fórmula \_\_\_\_\_, oz \_\_\_\_\_ cada \_\_\_\_\_ hrs

¿Su hijo/a usa chupete? Sí o No

Cualquier otra información que le gustaría que sepamos: \_\_\_\_\_

---

---

---