

# 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

\_\_\_\_\_ Ages & Stages Questionnaire Autorización

\_\_\_\_\_ 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.

\_\_\_\_\_  
(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 \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACIÓN \_\_\_\_\_

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

NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACIÓN \_\_\_\_\_

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

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)

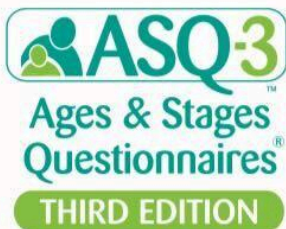
- Cuota anual de inscripción de \$125.00 (debida al momento de la inscripción y cada marzo posterior)
- Los copagos se deben pagar el día 5 de cada mes, así como la cuota adicional de \$60 (por un solo niño) o \$100 (por varios niños) \$\_\_\_\_\_
- Cantidad semanal pagada \$\_\_\_\_\_
- Tarifa por recogida 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)



# ¿Qué es ASQ-3™?

Los Ages & Stages Questionnaires®, 3a edición (ASQ-3™), son un conjunto de cuestionarios sobre el desarrollo infantil. Se han empleado por más de 20 años para verificar que el desarrollo de los niños sea normal. Los cuestionarios evalúan rápida y eficazmente el proceso de desarrollo de los niños en áreas importantes, tales como la comunicación, la habilidad física, la habilidad social, y la habilidad de resolver problemas. ASQ-3 puede ayudar a identificar las áreas de fortaleza que tiene su niño, asimismo como cualquier área en la que pueda necesitar ayuda.

Como padre de familia o adulto encargado del niño, Ud. es la mejor fuente de información sobre su hijo. Por eso, los cuestionarios de ASQ-3 están diseñados para que Ud. los complete. Sólo necesitará de 10 a 15 minutos, es tan fácil y rápido. ASQ-3 funciona de esta manera:

- Ud. contestará "sí", "a veces", o "todavía no", según las habilidades que demuestre su niño ahora. Sus respuestas ayudarán a señalar las áreas fuertes de su niño y también las áreas en las que pueda necesitar más práctica.
- Al contestar cada pregunta, Ud. intentará realizar algunas actividades sencillas y divertidas con su niño. Estas actividades incentivarán a su niño a jugar, a moverse, y a practicar las habilidades que usa diariamente.
- Después de que Ud. haya completado el cuestionario, un profesional certificado hablará de los resultados con Ud.

Si el desarrollo de su hijo está dentro de las normas para su edad, no es necesario hacer nada más. Puede intentar hacer las actividades del próximo nivel de ASQ-3 a medida que su niño vaya creciendo y aprendiendo nuevas habilidades. Hay 21 cuestionarios en total que se pueden usar en las diferentes etapas de desarrollo que cubren desde 1 mes hasta los 5½ años de edad. Si a su niño se le dificultan algunas habilidades del cuestionario, el programa le podrá ayudar a tomar los pasos necesarios. El poder detectar cuanto antes cualquier atraso o problema, facilitará el desarrollo sano de los niños pequeños.

Ud. es un participante activo en el monitoreo del aprendizaje y el desarrollo de su hijo. Al completar los cuestionarios de ASQ-3, ¡asegura que su hijo tenga el mejor comienzo posible!

Para más información, hable con un profesional de salud, con un especialista en educación, o visite el sitio Internet [www.agesandstages.com](http://www.agesandstages.com).





Estimados padres de familia o guardián,

Bienvenido/a a nuestro programa. Los primeros 5 años de vida son muy importantes para su(s) niño(s) porque éste es el periodo en el que se forma el marco que determinará su éxito en la escuela y, más adelante, en la vida. Durante la infancia, su(s) niño(s) tendrá(n) muchas experiencias y adquirirá(n) muchas habilidades. Es importante asegurarse de que todos los niños vayan desarrollándose de una forma sana durante este periodo.

Como parte de nuestro programa, le ofrecemos los **Ages & Stages Questionnaires®, 3ª Edición (ASQ-3™)**, para ayudarle a monitorear el desarrollo de su niño/a. Nuestro deseo es ayudarle a proveer el mejor comienzo para su niño/a, y con gusto les invitamos a participar.

Usted recibirá un cuestionario de ASQ-3 en intervalos regulares que corresponden a la edad que tenga su niño/a. Cada cuestionario contiene una serie de preguntas sobre las habilidades de su niño/a en 5 áreas: comunicación, motora gruesa, motora fina, resolución de problemas, y socio-individual. A usted se le pedirá que intente hacer varias actividades con su niño/a, y que conteste las preguntas en base a las observaciones que hace de las habilidades actuales que tiene su niño/a.

Si los resultados del cuestionario muestran que el desarrollo de su niño/a está bien, le proporcionaremos actividades diseñadas para usarse con el ASQ-3 con el fin de seguir motivando un desarrollo sano, y le daremos el siguiente cuestionario en el momento apropiado.

Si los resultados muestran una área que nos da motivo de preocupación, le contactaremos para programar una evaluación más completa de su niño/a. No se compartirá la información con otras agencias a menos que usted nos lo autorice por escrito.

¡Esperamos con entusiasmo su participación en nuestro programa!

Cordialmente,

Ages & Stages Questionnaires®, Third Edition (ASQ-3™), Squires, Twombly, Bricker & Potter.

© 2009 Paul H. Brookes Publishing Co., Inc. Todos los derechos reservados.

Ages & Stages Questionnaires® es una marca registrada y ASQ-3™ es una marca de Paul H. Brookes Publishing Co., Inc.

[www.agesandstages.com](http://www.agesandstages.com) | 1-800-638-3775 |   



## Hoja de autorización

Los primeros 5 años de vida son muy importantes para su niño porque éste es el periodo en el que se forma el marco que determinará su éxito en la escuela y, más adelante, en la vida. Durante la infancia, su niño tendrá muchas experiencias y adquirirá muchas habilidades. Es importante asegurarse de que todos los niños vayan desarrollándose de una forma sana durante este periodo.

Favor de leer el texto abajo y marcar con una palomita (✓) la casilla apropiada para indicar si usted acepta participar en el programa de evaluación/monitoreo.

- He leído la información provista sobre los Ages & Stages Questionnaires®, 3ª Edición (ASQ-3™), y acepto que mi niño participe en el programa de evaluación/monitoreo. Completaré los cuestionarios sobre el desarrollo de mi niño y los devolveré al programa lo más pronto que pueda.
- No acepto participar en el programa de evaluación/monitoreo. He leído la información provista sobre los Ages & Stages Questionnaires®, 3ª Edición (ASQ-3™), y me ha quedado claro el propósito de este programa.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del niño/a: \_\_\_\_\_

Si nació 3 semanas o más antes de la fecha proyectada, # de semanas que se adelantó:

\_\_\_\_\_

Médico familiar del niño/a: \_\_\_\_\_

## 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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_