



CIENCIAS DE LA FAMILIA Y DEL CONSUMIDOR
LABORATORIO DE DESARROLLO INFANTIL
OXFORD AREA HIGH SCHOOL
APLICACION PREESCOLAR

Nombre de niño: _____,
(Apellido) (PrimerNombre) (Nombre Medio)

Nombre usado en casa _____ Género _____ Años _____ Fecha de Nacimiento ___/___/___

Padre/Tutor con custodia legal: _____

Dirección de residencia: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____ Correo Electrónico de Guardián: _____

Madre Nombre: _____

Número de trabajo: _____ Número de Celular: _____

Padre Nombre: _____

Número de trabajo: _____ Número de Celular: _____

Contacto de Emergencia (diferentes de los padres/tutores)

Nombre: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: _____

Personas autorizadas para recoger al niño de la escuela preescolar (además de los padres, tutores o contacto de emergencia):

Nombre: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: _____

Otras personas que viven en el hogar:	Años	Género	Relación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Idioma primario utilizado en casa: _____

Otros idiomas hablados en casa: _____



CIENCIAS DE LA FAMILIA Y DEL CONSUMIDOR
LABORATORIO DE DESARROLLO INFANTIL
OXFORD AREA HIGH SCHOOL
PLANILLA MÉDICA

Nota: completar este formulario no requiere un examen físico reciente.

Nombre de niño: _____ Años: _____

Nombres de los padres: _____
(Padre) (Madre)

D.O.B.: ____ / ____ / ____ Fecha del último examen físico completo: ____ / ____ / ____ Género: _____

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

¿Tiene su hijo:	Dificultad del habla	Sí	No	_____
	Dificultad de vision	Sí	No	_____
	Dificultad auditiva	Sí	No	_____

¿Está su hijo bajo algún tipo de tratamiento o algún medicamento regular?

CONDICIONES MÉDICAS SIGNIFICATIVAS

Alergias	Sí	No	(por favor incluya alergias a los alimentos) _____
Asma	Sí	No	_____
Cardíaco/corazón	Sí	No	_____
Gastrointestinal	Sí	No	_____
Problemas de riñon	Sí	No	_____
Epilepsia/convulsiones	Sí	No	_____
Enfermedad infantil	Sí	No	_____
Otro			_____

CARTILLA DE VACUNACIÓN

DPT	_____	_____	_____ / _____	_____
Polio	_____	_____	_____ / _____	_____
MMR	_____	_____	_____ / _____	_____
Hepatitis B	_____	_____	_____	Varicella/Varivaz (chicken pox) _____
HIB	_____	TB/Tuberculosis Test	_____	_____

¿Tiene su hijo alguna razón física para no participar en las actividades escolares normales? _____

Firma del médico: _____ Fecha: _____

¡¡ATENCIÓN!! El formulario no es válido sin la firma de un médico.

OXFORD AREA HIGH SCHOOL

CIENCIAS DE LA FAMILIA Y DEL CONSUMIDOR/LABORATORIO DE DESARROLLO INFANTIL



¡Ayúdanos a conocer a tu hijo!



Nombre de niño: _____ Fecha: _____

Nombres de los padres: _____

¿Cuáles son algunas de las cosas favoritas de su hijo para hacer?

¿Habla su hijo más de un idioma?

¿Cuáles son algunos de los libros favoritos de su hijo?

¿Cuáles son algunas de sus comidas favoritas?

¿Tiene su hijo un juguete favorito u otro objeto reconfortante? ¿Qué es? ¿Cuándo su hijo parece necesitarlo más?

¿Cuáles son los intereses especiales de su hijo?

¿Cómo se siente tu hijo acerca de venir a la escuela?

¿Conoce su hijo a otros niños en nuestra clase? Si es así, ¿a quién?

¿Qué más le gustaría que sepamos sobre su hijo (miedos, hábitos, etc.)?

¿Qué esperas que tu hijo gane con esta experiencia preescolar?

Comentarios adicionales:

Adjunte una foto actual de su hijo para que los estudiantes de secundaria conozcan a su hijo cuando lleguen al preescolar.

**LABORATORIO DE DESARROLLO INFANTIL
OXFORD AREA HIGH SCHOOL**

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Doy mi consentimiento para que mi hijo(a) _____ participe en el Centro de Desarrollo Infantil de Ciencias de la Familia y del Consumidor que opera en la Escuela Superior del Área de Oxford.

Por la presente otorgo permiso para que mi hijo use todo el equipo de juego y participe en todas las actividades de la escuela. Entiendo que una merienda, planeada y preparada por los estudiantes y miembros del personal, se servirá como parte de este programa.

Por la presente, otorgo permiso para que mi hijo salga del edificio escolar bajo la supervisión de los estudiantes y el miembro del personal para actividades al aire libre o una caminata. También le doy permiso a mi hijo para que camine por la escuela y que vaya a otras aulas para eventos especiales (es decir, desfile de Halloween, presentaciones especiales, etc.). Entiendo que mi hijo NO se irá de la escuela.

Por la presente, otorgo permiso para que mi hijo sea incluido en evaluaciones, fotos, artículos de noticias y grabaciones de video conectadas al programa escolar.

Por la presente otorgo permiso para que los miembros del personal tomen las medidas que sean necesarias para obtener atención médica de emergencia si está justificado. Estos pasos pueden incluir, entre otros, los siguientes:

1. Intente contactar a un padre o tutor.
2. Lleve al niño a la enfermera de nuestra escuela en Oxford Area High School para una consulta.
3. Intente contactarlo a través de cualquiera de las personas que figuran en el formulario de emergencia que completó para nosotros.
4. Si no podemos comunicarnos con usted o con el médico de su hijo, tomaremos las medidas adecuadas para garantizar la seguridad y el bienestar de su hijo.
5. La escuela no será responsable por el hecho de que los padres no proporcionen información significativa sobre la salud de sus estudiantes. Es responsabilidad de los padres notificar a la escuela si cambia la información médica, de contacto de emergencia o de custodia.

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

Número de teléfono primario: _____ Teléfono adicional: _____

El nombre del doctor: _____ Número de teléfono _____

Compañía de seguros: _____

