

FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN PARA HEAD START Y SERVICIOS INFANTILES DE ABCD: AÑO DEL  
PROGRAMA 2023-2024

NOTA PARA PADRES Y TUTORES: Lea las siguientes declaraciones detenidamente. Las políticas, los formularios y las autorizaciones que se incluyen en esta página son documentos legales. Firme cada declaración o política para indicar que la entiende y la acepta.  
*Estos permisos y autorizaciones vencen al final de cada año del programa.*

COMPLETE LOS FORMULARIOS DE MANERA DIGITAL Y ENVÍELOS AL PERSONAL DEL PROGRAMA POR CORREO ELECTRÓNICO.

SI NO PUEDE HACERLO, COMUNÍQUESE CON EL PERSONAL DEL PROGRAMA PARA SOLICITAR COPIAS IMPRESAS.

## NOTA PARA PADRES Y TUTORES:

Lea los formularios detenidamente.

**Firme cada declaración o política**  
para indicar que la entiende y la acepta.

Los **formularios deben devolverse** al centro el día en que el niño/la niña comienza las clases o en una fecha anterior.

Las políticas, los formularios y las autorizaciones que se incluyen en esta página son documentos legales.

# FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN PARA HEAD START Y SERVICIOS INFANTILES DE ABCD: AÑO DEL PROGRAMA 2023-2024

NOTA PARA PADRES Y TUTORES: Lea las siguientes declaraciones detenidamente. **Las políticas, los formularios y las autorizaciones que se incluyen en esta página son documentos legales.** Firme cada declaración o política para indicar que la entiende y la acepta.  
*Estos permisos y autorizaciones vencen al final de cada año del programa.*

**COMPLETE LOS FORMULARIOS DE MANERA DIGITAL Y ENVÍELOS AL PERSONAL DEL PROGRAMA POR CORREO ELECTRÓNICO.**  
**SI NO PUEDE HACERLO, COMUNÍQUESE CON EL PERSONAL DEL PROGRAMA PARA SOLICITAR COPIAS IMPRESAS.**

Nombre del niño/de la niña: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del niño/de la niña: \_\_\_\_\_  
*(en letra de imprenta)*

Nombre de la madre/del padre/tutor: \_\_\_\_\_  
*(en letra de imprenta)*

## PLAN DE LLEGADA Y SALIDA: Early Head Start, Head Start y cuidado infantil

Autorizo a que mi hijo/a se entregue al final el día del programa a la(s) persona(s) que se indica(n) a continuación y de la manera establecida en este formulario. Si la madre, el padre o el tutor es la **única** persona autorizada para retirar al niño/a la niña, indique "NADIE" a continuación. **Si existe una orden de alejamiento que protege al niño/a la niña, deberá presentar una copia del documento en el centro.**

**MARQUE** la casilla correspondiente para indicar si la persona mencionada está autorizada para retirar al niño/a la niña regularmente o solo en casos de emergencia, o bien en AMBOS casos.

1. Nombre \_\_\_\_\_  RETIRO  SOLO EMERGENCIAS  AMBOS CASOS  
Parentesco \_\_\_\_\_ Número de teléfono de contacto durante el día \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Número de teléfono celular \_\_\_\_\_

2. Nombre \_\_\_\_\_  RETIRO  SOLO EMERGENCIAS  AMBOS CASOS  
Parentesco \_\_\_\_\_ Número de teléfono de contacto durante el día \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Número de teléfono celular \_\_\_\_\_

3. Nombre \_\_\_\_\_  RETIRO  SOLO EMERGENCIAS  AMBOS CASOS  
Parentesco \_\_\_\_\_ Número de teléfono de contacto durante el día \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Número de teléfono celular \_\_\_\_\_

### Mi hijo/a **LLEGARÁ** al centro de Early Head Start, Head Start o cuidado infantil de la siguiente manera:

- Lo/a dejará la madre, el padre o el tutor.
- Llegará caminando en compañía de una persona mayor de 14 años (Head Start) o de un adulto (Early Head Start).
- Llegará en un medio de transporte de la MBTA (tren/autobús), acompañado/a de una persona mayor de 14 años (Head Start) o de un adulto (Early Head Start).
- Llegará en un medio de transporte privado planificado o contratado por la madre o el padre.
- Llegará en un medio de transporte privado planificado por el sistema escolar público local o por el DCF.
- Otro (*especifique*): \_\_\_\_\_

### Mi hijo/a **SE IRÁ** del centro de Early Head Start, Head Start o cuidado infantil de la siguiente manera:

- Lo/a dejará la madre, el padre o el tutor.
- Se retirará caminando en compañía de una persona mayor de 14 años (Head Start) o de un adulto (Early Head Start).
- Se retirará en un medio de transporte de la MBTA (tren/autobús), acompañado/a de una persona mayor de 14 años (Head Start) o de un adulto (Early Head Start).
- Se retirará en un medio de transporte privado planificado o contratado por la madre o el padre.
- Se retirará en un medio de transporte privado planificado por el sistema escolar público local o por el DCF.
- Otro (*especifique*): \_\_\_\_\_

**FIRMA DE LA MADRE/DEL PADRE/TUTOR:**

**FECHA:**

# FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN PARA HEAD START Y SERVICIOS INFANTILES DE ABCD: AÑO DEL PROGRAMA 2023-2024

NOTA PARA PADRES Y TUTORES: Lea las siguientes declaraciones detenidamente. Las políticas, los formularios y las autorizaciones que se incluyen en esta página son documentos legales. Firme cada declaración o política para indicar que la entiende y la acepta. Estos permisos y autorizaciones vencen al final de cada año del programa.

COMPLETE LOS FORMULARIOS DE MANERA DIGITAL Y ENVÍESELOS AL PERSONAL DEL PROGRAMA POR CORREO ELECTRÓNICO.

SI NO PUEDE HACERLO, COMUNÍQUESE CON EL PERSONAL DEL PROGRAMA PARA SOLICITAR COPIAS IMPRESAS.

**AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS:** Autorizo al personal de ABCD a que realice las siguientes pruebas como parte de los servicios regulares de Head Start, como se describe en las páginas 19 y 20 de este manual:

**Prueba de la vista:** el personal de salud le controlará la visión a su hijo/a mediante el uso del dispositivo para valoración de la visión Spot Vision Screener. O bien, esta prueba puede ser realizada por estudiantes de optometría del New England College of Optometry bajo la supervisión de los profesores clínicos de dicho programa. El objetivo de esta prueba es detectar si el niño/la niña tiene algún problema de visión. Conforme a las normas de desempeño de Head Start, la prueba de la vista se debe realizar dentro de los 45 días a partir de la inscripción del niño/de la niña.

**Prueba de audición:** el personal de salud le controlará la audición a su hijo/a mediante el uso de la herramienta de prueba de emisiones otoacústicas (OAE), a fin de detectar si tiene algún problema auditivo. Conforme a las normas de desempeño de Head Start, la prueba de audición se debe realizar dentro de los 45 días a partir de la inscripción del niño/de la niña.

**Medición del peso y la estatura:** el personal de salud medirá el peso y la estatura de cada niño/a dos veces al año, usando una balanza y un estadiómetro, a fin de asegurarse de que la tasa de crecimiento sea adecuada. Estas mediciones se llevan a cabo en un entorno grupal, y la mayoría de los niños disfruta de participar.

El objetivo de las pruebas es permitir que usted y el personal puedan hacer un control rápido de la salud y el desarrollo del niño/de la niña. Algunos de los resultados pueden indicar la necesidad de realizar evaluaciones adicionales. Si hay indicios de que el niño/la niña necesita someterse a otras evaluaciones, nos comunicaremos con usted para informárselo y lo/la incluiremos en el proceso de creación del plan que mejor cubra las necesidades de su hijo/a. Si tiene preguntas sobre la prueba de la vista, la prueba de audición o la medición del peso y la estatura, comuníquese con el administrador de servicios de salud y nutrición del programa. **Marque la casilla a continuación únicamente si NO desea que el personal realice las pruebas mencionadas arriba.**

**No**, no autorizo al personal de ABCD para que realice pruebas de la vista y de audición, ni mediciones del peso y la estatura.

FIRMA DE LA MADRE/DEL PADRE/TUTOR:

FECHA:

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PERSONAL AL PROGRAMA WIC DE MASSACHUSETTS:

Nombre legal del niño/de la niña: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del niño/de la niña: \_\_\_\_\_  
(en letra de imprenta)

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Lea este formulario detenidamente y marque una de las casillas a continuación antes de firmar la autorización. El programa Head Start y Servicios Infantiles de ABCD ofrece servicios de alta calidad en materia de salud, salud dental, salud mental y nutrición con el fin de apoyar el crecimiento y la preparación escolar de cada niño/a inscrito/a. Este formulario de autorización tiene como objetivo permitir que ABCD comparta cierta información demográfica y de salud sobre el niño/la niña arriba mencionado/a con el personal autorizado del Departamento de Salud Pública de Massachusetts que está a cargo de la administración del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés). El propósito de la divulgación de la información es aumentar la cantidad de inscriptos en los programas WIC y Head Start, así como facilitar la coordinación de servicios médicos y nutricionales para mejorar la educación sobre salud y el bienestar de las personas que están inscritas tanto en el programa WIC de Massachusetts como en el programa Head Start/Early Head Start de ABCD.

- Autorizo al personal de Head Start y Servicios Infantiles de ABCD a que comparta mi nombre y dirección con el personal autorizado del Departamento de Salud Pública de Massachusetts que administra el programa WIC (personal del programa WIC), así como también la siguiente información personal sobre mi hijo/a (que se menciona arriba): (1) nombre, (2) fecha de nacimiento, (3) valores de medición del peso y la estatura, (4) niveles de hemoglobina/hematocrito, (5) ingesta alimentaria y (6) niveles de plomo en sangre.

### O BIEN

- Autorizo al personal de Head Start y Servicios Infantiles de ABCD a que comparta solo la siguiente información con el personal del programa WIC: (1) mi nombre, (2) mi dirección, (3) el nombre de mi hijo/a y (4) la fecha de nacimiento de mi hijo/a.

Leí y entiendo el contenido de este formulario, y me respondieron todas las preguntas pertinentes. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que tendrá validez por un año a partir de la fecha indicada a continuación, a menos que envíe con antelación a Head Start y Servicios Infantiles de ABCD un aviso por escrito en el que se indique que retiro mi consentimiento, ya sea de manera total o parcial. También entiendo que la revocación de esta autorización no se podrá aplicar a la información que ya se compartió antes de la fecha de dicha revocación, y que tengo derecho a recibir una copia de este formulario después de firmarlo.

NOMBRE DE LA MADRE/DEL PADRE/TUTOR (EN LETRA DE IMPRENTA):

FIRMA DE LA MADRE/DEL PADRE/TUTOR:

FECHA:

# FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN PARA HEAD START Y SERVICIOS INFANTILES DE ABCD: AÑO DEL PROGRAMA 2023-2024

NOTA PARA PADRES Y TUTORES: Lea las siguientes declaraciones detenidamente. Las políticas, los formularios y las autorizaciones que se incluyen en esta página son documentos legales. Firme cada declaración o política para indicar que la entiende y la acepta. *Estos permisos y autorizaciones vencen al final de cada año del programa.*

**COMPLETE LOS FORMULARIOS DE MANERA DIGITAL Y ENVÍESELOS AL PERSONAL DEL PROGRAMA POR CORREO ELECTRÓNICO.**

**SI NO PUEDE HACERLO, COMUNÍQUESE CON EL PERSONAL DEL PROGRAMA PARA SOLICITAR COPIAS IMPRESAS.**

## AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA:

Nombre del niño/de la niña: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del niño/de la niña: \_\_\_\_\_  
(en letra de imprenta)

Nombre de la madre/del padre/tutor: \_\_\_\_\_  
(en letra de imprenta)

Entendemos que la información médica de su hijo/a es personal, por lo que garantizaremos su privacidad. Para poder obtener información de salud de los proveedores de atención médica de su hijo/a, necesitamos su autorización. El personal de Head Start de ABCD le brindará ayuda para completar el formulario y contestará todas las preguntas que usted pueda tener. Antes de firmar este formulario, lea detenidamente la información que se incluye a continuación.

**Nombre del proveedor de atención médica que desea que comparta información con Head Start de ABCD:**

	Nombre y dirección	Teléfono	Fax
Atención médica			
Atención dental			
Otro			

**Autorizo a Head Start y Servicios Infantiles de ABCD a que recopile o divulgue información médica sobre mi hijo/a, como se describe en las páginas 24 y 25 de este manual.**

Al firmar este formulario, autoriza el uso y la divulgación de la información médica protegida de su hijo/a, como se describió anteriormente. Tiene derecho a consultar y recibir copias de la información médica aquí descrita, así como también a recibir una copia de este formulario después de firmarlo.

Si firma esta autorización, tenga en cuenta que podrá cambiar de opinión en cualquier momento, salvo con respecto a la información que ya se compartió conforme a su autorización. Para revocar esta autorización, deberá presentar un aviso por escrito al director del programa en el centro de Head Start al que asiste su hijo/a.

**Leí este formulario y me respondieron todas las preguntas pertinentes. Al firmarlo, certifico que lo leí y que acepto todas las disposiciones que se indican arriba.**

- No**, no autorizo al personal de Head Start y Servicios Infantiles de ABCD para que obtenga ni divulgue la información médica de mi hijo/a. **Si no firma esta autorización, Head Start y Servicios Infantiles de ABCD no podrá recopilar la información médica de su hijo/a directamente de los proveedores de atención médica, por lo que usted será responsable de obtenerla y presentarla en el centro. Esto también significa que el programa no compartirá la información médica de su hijo/a con los proveedores que le brindan atención, por lo que usted será responsable de proporcionarles dicha información de manera directa.**

FIRMA DE LA MADRE/DEL PADRE/TUTOR:

FECHA:

## AUTORIZACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE BLOQUEADOR SOLAR:

**Autorizo** al personal de ABCD a que le aplique bloqueador solar a mi hijo/a. Entiendo que este producto se utilizará cuando los niños realicen actividades al aire libre en el verano. **Marque la casilla a continuación únicamente si NO desea que el personal le aplique bloqueador solar a su hijo/a.**

- No**, no autorizo al personal de ABCD para que aplique bloqueador solar.

FIRMA DE LA MADRE/DEL PADRE/TUTOR:

FECHA:

## AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE DESINFECTANTE PARA MANOS:

**Autorizo** al personal de ABCD a que le administre desinfectante para manos a mi hijo/a. Entiendo que este producto no se usará como reemplazo del lavado de manos, y que solo será administrado bajo la supervisión del personal. Solo se usará cuando no sea posible lavarse las manos. Los desinfectantes para manos contendrán al menos un 60 % de etanol o un 70 % de alcohol isopropílico. A los niños menores de dos años no se les administrará desinfectante para manos en ningún caso. **Marque la casilla a continuación únicamente si NO desea que el personal le administre desinfectante para manos a su hijo/a.**

- No**, no autorizo al personal de ABCD para que administre desinfectante para manos.

FIRMA DE LA MADRE/DEL PADRE/TUTOR:

FECHA:

# FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN PARA HEAD START Y SERVICIOS INFANTILES DE ABCD: AÑO DEL PROGRAMA 2023-2024

NOTA PARA PADRES Y TUTORES: Lea las siguientes declaraciones detenidamente. Las políticas, los formularios y las autorizaciones que se incluyen en esta página son documentos legales. Firme cada declaración o política para indicar que la entiende y la acepta. *Estos permisos y autorizaciones vencen al final de cada año del programa.*

**COMPLETE LOS FORMULARIOS DE MANERA DIGITAL Y ENVÍELOS AL PERSONAL DEL PROGRAMA POR CORREO ELECTRÓNICO.**

**SI NO PUEDE HACERLO, COMUNÍQUESE CON EL PERSONAL DEL PROGRAMA PARA SOLICITAR COPIAS IMPRESAS.**

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS/ATENCIÓN DE EMERGENCIA: año del plan 2023-2024

Nombre del niño/de la niña: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(en letra de imprenta)

Nombre de la madre/del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de contacto durante el día: \_\_\_\_\_  
(en letra de imprenta)

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_  
(en letra de imprenta)

Como madre, padre o tutor legal, autorizo al personal de Head Start y Servicios Infantiles de ABCD que cuenta con certificación en primeros auxilios y RCP pediátricos para que le administren tratamiento de primeros auxilios a mi hijo/a según sea necesario, así como para que lo/la trasladen al \_\_\_\_\_ hospital o centro de atención médica más cercano para que reciba atención de emergencia. En caso de emergencia, entiendo que el personal hará todo lo posible por comunicarse conmigo. Si no me pueden contactar, autorizo a que la persona indicada como contacto de emergencia actúe en mi nombre hasta que yo esté disponible. En caso de que no haya nadie disponible, por el presente autorizo y solicito que el médico o el equipo de emergencia capacitado del centro de atención médica realice las intervenciones y los tratamientos médicos que mi hijo/a necesite.

Acepto revisar y actualizar esta información cuando haya algún cambio.

**FIRMA DE LA MADRE/DEL PADRE/TUTOR:**

**FECHA:**

**Ambas copias deben incluir la firma original.**

**Archivo: kit de primeros auxilios del salón de clases**

**8/2023**

## FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS/ATENCIÓN DE EMERGENCIA: año del plan 2023-2024

Nombre del niño/de la niña: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(en letra de imprenta)

Nombre de la madre/del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de contacto durante el día: \_\_\_\_\_  
(en letra de imprenta)

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_  
(en letra de imprenta)

Como madre, padre o tutor legal, autorizo al personal de Head Start y Servicios Infantiles de ABCD que cuenta con certificación en primeros auxilios y RCP pediátricos para que le administren tratamiento de primeros auxilios a mi hijo/a según sea necesario, así como para que lo/la trasladen al \_\_\_\_\_ hospital o centro de atención médica más cercano para que reciba atención de emergencia. En caso de emergencia, entiendo que el personal hará todo lo posible por comunicarse conmigo. Si no me pueden contactar, autorizo a que la persona indicada como contacto de emergencia actúe en mi nombre hasta que yo esté disponible. En caso de que no haya nadie disponible, por el presente autorizo y solicito que el médico o el equipo de emergencia capacitado del centro de atención médica realice las intervenciones y los tratamientos médicos que mi hijo/a necesite.

Acepto revisar y actualizar esta información cuando haya algún cambio.

**FIRMA DE LA MADRE/DEL PADRE/TUTOR:**

**FECHA:**

**Ambas copias deben incluir la firma original.**

**Archivo: expediente del niño/de la niña**

**8/2023**

# FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN PARA HEAD START Y SERVICIOS INFANTILES DE ABCD: AÑO DEL PROGRAMA 2023-2024

NOTA PARA PADRES Y TUTORES: Lea las siguientes declaraciones detenidamente. Las políticas, los formularios y las autorizaciones que se incluyen en esta página son documentos legales. Firme cada declaración o política para indicar que la entiende y la acepta. *Estos permisos y autorizaciones vencen al final de cada año del programa.*

**COMPLETE LOS FORMULARIOS DE MANERA DIGITAL Y ENVÍELOS AL PERSONAL DEL PROGRAMA POR CORREO ELECTRÓNICO.**

**SI NO PUEDE HACERLO, COMUNÍQUESE CON EL PERSONAL DEL PROGRAMA PARA SOLICITAR COPIAS IMPRESAS.**

## INFORMACIÓN MÉDICA DEL NIÑO/DE LA NIÑA

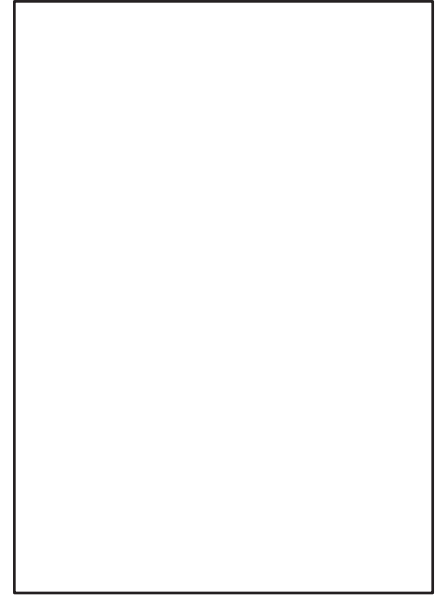
Proveedor de atención médica del niño/de la niña: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Seguro médico del niño/de la niña: \_\_\_\_\_

**Requisitos especiales, discapacidades, alergias e información médica del niño/de la niña para casos de emergencia**



Fotografía del niño/de la niña

## INFORMACIÓN MÉDICA DEL NIÑO/DE LA NIÑA

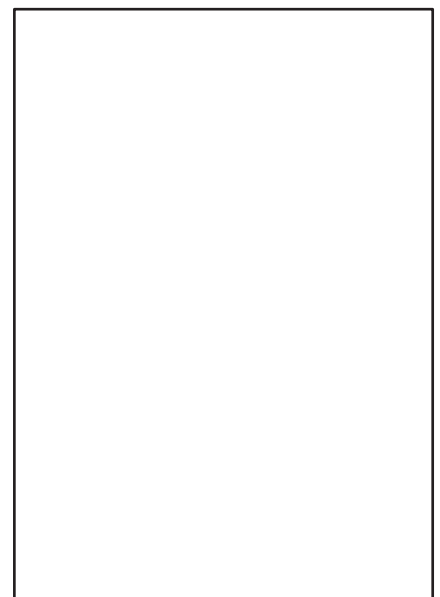
Proveedor de atención médica del niño/de la niña: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Seguro médico del niño/de la niña: \_\_\_\_\_

**Requisitos especiales, discapacidades, alergias e información médica del niño/de la niña para casos de emergencia**



Fotografía del niño/de la niña

# FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN PARA HEAD START Y SERVICIOS INFANTILES DE ABCD: AÑO DEL PROGRAMA 2023-2024

**NOTA PARA PADRES Y TUTORES:** Lea las siguientes declaraciones detenidamente. Las políticas, los formularios y las autorizaciones que se incluyen en esta página son documentos legales. Firme cada declaración o política para indicar que la entiende y la acepta. *Estos permisos y autorizaciones vencen al final de cada año del programa.*

**COMPLETE LOS FORMULARIOS DE MANERA DIGITAL Y ENVÍESELOS AL PERSONAL DEL PROGRAMA POR CORREO ELECTRÓNICO.**

**SI NO PUEDE HACERLO, COMUNÍQUESE CON EL PERSONAL DEL PROGRAMA PARA SOLICITAR COPIAS IMPRESAS.**

## DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA DE MASSACHUSETTS (DESE)

### OFICINA DE PROGRAMAS DE ALIMENTOS Y NUTRICIÓN

#### Requisitos de documentación para la inscripción de niños

#### Programa de Asistencia Alimentaria para Niños y Adultos - Centros de cuidado infantil

Se les exige a los centros de cuidado infantil que participan en el Programa de Asistencia Alimentaria para Niños y Adultos (CACFP, por sus siglas en inglés) solicitar anualmente a padres y tutores información sobre la inscripción.

La documentación de la inscripción debe incluir:

- Los días y horarios regulares de cada niño/a inscrito/a en los servicios de cuidado infantil y de comidas en los que cada niño/a participa habitualmente.
- Firma de la madre, del padre o del tutor
- Actualización anual de la información.

7 CFR 226.15(e)(2) y 226.17(b)(7)

Para documentar la información de inscripción, los centros de cuidado infantil pueden usar los formularios de inscripción del CACFP que se adjuntan o adaptar su propio formulario. Un formulario adaptado debe incorporar las mismas preguntas y el propósito del formulario de inscripción de niños del DESE. Los patrocinadores y los centros que opten por modificar el formulario de inscripción deben presentar una copia al DESE para revisión y aprobación antes de su uso y distribución.

La madre/el padre/tutor debe completar el formulario en su totalidad con información actualizada, firmar y fechar el formulario.

Los centros no podrán reclamar reembolso para ningún participante sin un formulario de inscripción firmado por la madre/el padre/tutor (nuevo o renovación) en los archivos. El formulario de inscripción de cada niño/a tiene vigencia durante un máximo de un año.

Los patrocinadores y los centros deben realizar validaciones a los fines de exactitud administrativa confirmando los datos ingresados en todos los formularios de inscripción de niños.

Si tiene alguna pregunta sobre el requisito de recopilación de información de inscripción, comuníquese con los Servicios de Nutrición Especial del DESE llamando al 781-338-6480.

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las reglamentaciones y políticas sobre derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluidas identidad de género u orientación sexual), discapacidad o edad, o tomar represalias por actividad previa de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para recibir información del programa (p. ej., braille, letras de molde grandes, grabación, lenguaje de señas norteamericano, etc.), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comunicarse con el USDA a través del servicio federal de retransmisión del USDA al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, la persona denunciante debe completar un formulario AD-3027. El formulario para la presentación de quejas por discriminación en el programa del USDA puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992 o por escrito enviando una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona denunciante, así como una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con el suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe enviarse al USDA por:

#### 1. correo postal:

U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410; o bien

#### 2. fax:

(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

#### 3. correo electrónico:

program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

# FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN PARA HEAD START Y SERVICIOS INFANTILES DE ABCD: AÑO DEL PROGRAMA 2023-2024

NOTA PARA PADRES Y TUTORES: Lea las siguientes declaraciones detenidamente. Las políticas, los formularios y las autorizaciones que se incluyen en esta página son documentos legales. Firme cada declaración o política para indicar que la entiende y la acepta. Estos permisos y autorizaciones vencen al final de cada año del programa.

COMPLETE LOS FORMULARIOS DE MANERA DIGITAL Y ENVÍESELOS AL PERSONAL DEL PROGRAMA POR CORREO ELECTRÓNICO.

SI NO PUEDE HACERLO, COMUNÍQUESE CON EL PERSONAL DEL PROGRAMA PARA SOLICITAR COPIAS IMPRESAS.

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE NIÑOS — Programa de Asistencia Alimentaria para Niños y Adultos

Estimada/o madre/padre/tutor:

Su centro de cuidado infantil \_\_\_\_\_ participa en el Programa de Asistencia Alimentaria para Niños y Adultos (CACFP, por sus siglas en inglés) del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés) que administra el Departamento de Educación Primaria y Secundaria de Massachusetts.

Las comidas que se sirven deben cumplir con los requisitos de nutrición establecidos por el Programa de Asistencia Alimentaria para Niños y Adultos del USDA. Para participar, el centro de cuidado infantil ha aceptado cumplir con las pautas del USDA. Si un niño/una niña no puede comer los alimentos dispuestos por el CACFP, se deberá presentar un certificado médico.

En un esfuerzo por evaluar que tales requisitos se cumplan, el USDA y el CACFP exigen a los centros de cuidado infantil que recopilen anualmente la información de inscripción que se detalla a continuación.

**Complete el formulario y entréguelo a su centro de cuidado infantil. La Parte 1 y la Parte 3 deben ser completadas por todas las familias o tutores. La Parte 2 se debe completar SOLO si se inscribe a un bebé (menos de 12 meses de edad).**

### PARTE 1: INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO/DE LA NIÑA

Nombre del niño/de la niña: <i>(en letra de imprenta)</i> _____ <i>(nombre y apellido)</i>	Fecha de nacimiento y edad del/de la niño/a: _____
Horarios en que el niño/la niña asiste habitualmente: De _____ a. m. a _____ p. m. <i>(Por ejemplo, de 7:30 a. m. a 5:00 p. m.)</i>	Fecha de inicio de cuidado infantil: _____
Marque los días en los que su hijo/a asiste habitualmente: <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles	<input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes
Marque las comidas que solicita que su hijo/a reciba en cuidado infantil:	<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Bocado de la tarde

**Segundo hijo/a** *(si corresponde)*

Nombre del niño/de la niña: <i>(en letra de imprenta)</i> _____ <i>(nombre y apellido)</i>	Fecha de nacimiento y edad del/de la niño/a: _____
Horarios en que el niño/la niña asiste habitualmente: De _____ a. m. a _____ p. m. <i>(Por ejemplo, de 7:30 a. m. a 5:00 p. m.)</i>	Fecha de inicio de cuidado infantil: _____
Marque los días en los que su hijo/a asiste habitualmente: <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles	<input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes
Marque las comidas que solicita que su hijo/a reciba en cuidado infantil:	<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Bocado de la tarde

**Tercer hijo/a** *(si corresponde)*

Nombre del niño/de la niña: <i>(en letra de imprenta)</i> _____ <i>(nombre y apellido)</i>	Fecha de nacimiento y edad del/de la niño/a: _____
Horarios en que el niño/la niña asiste habitualmente: De _____ a. m. a _____ p. m. <i>(Por ejemplo, de 7:30 a. m. a 5:00 p. m.)</i>	Fecha de inicio de cuidado infantil: _____
Marque los días en los que su hijo/a asiste habitualmente: <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles	<input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes
Marque las comidas que solicita que su hijo/a reciba en cuidado infantil:	<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Bocado de la tarde

Si hay otros niños en cuidado infantil, complete tantos formularios adicionales como sean necesarios.

### PARA USO POR PARTE DE LA OFICINA DEL PATROCINADOR ÚNICAMENTE

Fecha de vigencia de este Formulario de inscripción: De agosto de 2023 a agosto de 2024

Año fiscal: 2023-2024

La fecha de vigencia puede ser retroactiva al primer día que el niño/la niña participa en el CACFP siempre que ocurra en el mismo mes en que se recibe este formulario.



# FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN PARA HEAD START Y SERVICIOS INFANTILES DE ABCD: AÑO DEL PROGRAMA 2023-2024

NOTA PARA PADRES Y TUTORES: Lea las siguientes declaraciones detenidamente. Las políticas, los formularios y las autorizaciones que se incluyen en esta página son documentos legales. Firme cada declaración o política para indicar que la entiende y la acepta. *Estos permisos y autorizaciones vencen al final de cada año del programa.*

**COMPLETE LOS FORMULARIOS DE MANERA DIGITAL Y ENVÍELOS AL PERSONAL DEL PROGRAMA POR CORREO ELECTRÓNICO.**

**SI NO PUEDE HACERLO, COMUNÍQUESE CON EL PERSONAL DEL PROGRAMA PARA SOLICITAR COPIAS IMPRESAS.**

## PARTE 2: NOTIFICACIONES DE COMIDAS PARA BEBÉS (desde el nacimiento hasta los 11 meses)

Se sirven comidas nutritivas que cumplen con las pautas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos a todos los niños inscritos en este programa, incluidos niños menores de 12 meses de edad. El centro de cuidado infantil debe cumplir con los requisitos de componentes de las comidas según la edad y el nivel de desarrollo descritos en el patrón de comidas para bebés. **Los padres/tutores pueden suministrar no más de un componente requerido por comida en el patrón de comidas (incluida leche materna o de fórmula) para que la comida sea reembolsable en CACFP.**

Entiendo que este centro de cuidado infantil tiene disponible la leche de fórmula fortificada con hierro \_\_\_\_\_ para mi bebé mientras está en cuidado infantil.  
(Nombre de la leche de fórmula para bebés fortificada con hierro)

**Para brindar la mejor asistencia nutricional para su bebé, complete la siguiente información.**

### MARQUE UNA OPCIÓN (Leche materna/de fórmula):

- Proporcionaré leche materna (extraída) para mi bebé y/o amamantaré en el centro.  
**O BIEN** Proporcionaré leche de fórmula para mi bebé.
- Prefiero que el centro suministre la leche de fórmula.

### MARQUE UNA OPCIÓN (alimentos):

- Proporcionaré todos los alimentos para las comidas de mi bebé. No acepto los alimentos que proporciona el proveedor/centro.
- Elijo que el proveedor/centro proporcione la leche de fórmula, y yo quisiera proporcionar un alimento. Proporcionaré el siguiente alimento acreditable: \_\_\_\_\_
- Me gustaría que el proveedor/centro proporcionara todos los alimentos para las comidas de mi bebé.

## PARTE 3: ACEPTACIÓN Y FIRMA DE LA MADRE/DEL PADRE O TUTOR:

He leído este formulario de inscripción de niños y solicito que mi hijo/a reciba los beneficios del Programa de Asistencia Alimentaria para Niños y Adultos que se describen más arriba. Recibí una copia de este formulario completado.

**FIRMA DE LA MADRE/DEL PADRE/TUTOR:**

**FECHA:**

(el formulario se debe completar anualmente)

Nombre de la madre/del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono particular: \_\_\_\_\_  
(en letra de imprenta)

Dirección de correo postal: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

**DERECHOS CIVILES:** Esta información es voluntaria y no afectará la elegibilidad de sus hijos/as. Indique la identidad étnica y racial de sus hijos/as marcando una casilla en cada una de las categorías. Esta información se recopila para garantizar que todos reciban los beneficios del CACFP de manera imparcial.

### 1. Identidad étnica

- Hispano/a o latino/a
- Ni hispano/a ni latino/a

### 2. Identidad racial

- Aborígen estadounidense o nativo/a de Alaska
- Negro/a o afroamericano/a Pacífico
- Blanco/a

- Asiático/a
- Nativo/a de Hawái o de otra isla del

**Si tiene preguntas, comuníquese con:**

Head Start y Servicios Infantiles de ABCD  
178 Tremont St. Boston, MA 02111  
617.348.6272

# FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN PARA HEAD START Y SERVICIOS INFANTILES DE ABCD: AÑO DEL PROGRAMA 2023-2024

**NOTA PARA PADRES Y TUTORES:** Lea las siguientes declaraciones detenidamente. Las políticas, los formularios y las autorizaciones que se incluyen en esta página son documentos legales. Firme cada declaración o política para indicar que la entiende y la acepta. *Estos permisos y autorizaciones vencen al final de cada año del programa.*

**COMPLETE LOS FORMULARIOS DE MANERA DIGITAL Y ENVÍELOS AL PERSONAL DEL PROGRAMA POR CORREO ELECTRÓNICO.**

**SI NO PUEDE HACERLO, COMUNÍQUESE CON EL PERSONAL DEL PROGRAMA PARA SOLICITAR COPIAS IMPRESAS.**

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y las reglamentaciones y políticas sobre derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA, tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad o edad, o tomar represalias por actividad previa de derechos civiles en cualquier programa o actividad que el USDA lleve a cabo o financie.

Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para recibir información del programa (p. ej., braille, letras de molde grandes, grabación, lenguaje de señas norteamericano, etc.), deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Asimismo, la información del programa podrá ponerse a disposición en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja del programa por discriminación, complete el Formulario de quejas por discriminación del programa del USDA, (AD-3027), que encontrará en línea en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA e indique en ella toda la información requerida en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completado o carta al USDA por:

- (1) correo postal: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

## PROGRAMA DE PRUEBAS DE DETECCIÓN DE LA COVID-19 PARA HACERSE EN CASA

Nombre del niño/de la niña: \_\_\_\_\_  
(en letra de imprenta)

Al completar este formulario, acepto el programa de ABCD de pruebas de detección de la COVID-19 para hacerse en casa. Entiendo que, en virtud de este programa, si mi hijo/a asiste a una clase en la que otro/a estudiante o un miembro del personal dio positivo en la prueba de detección de la COVID-19, ABCD enviará a mi hijo/a a casa con pruebas de antígenos de COVID-19. Para que mi hijo/a continúe asistiendo a clases en ABCD los días posteriores a la exposición a la COVID-19, debo administrarle las pruebas de detección de la COVID-19 e informar los resultados en el Formulario de certificación de los padres/tutores durante cinco días consecutivos. Entiendo que si mi hijo/a dio positivo en la prueba de detección de la COVID-19 en los últimos 90 días previos a una exposición, no se le exigirá hacer una prueba de detección ni cuarentena.

Entiendo que, en cualquier momento, tengo la opción de dejar de participar en el programa de pruebas de detección de la COVID-19 para realizarse en casa. Sin embargo, en caso de dejar de participar, si mi hijo/a asiste a una clase en la que otro/a estudiante o un miembro del personal dio positivo en la prueba de detección de la COVID-19, mi hijo/a deberá hacer cuarentena de conformidad con las pautas de los CDC. Entiendo que las pruebas de antígenos de la COVID-19 no están autorizadas actualmente para usar en personas menores de 2 años de edad y, si mi hijo/a tiene menos de 2 años y asiste a una clase en la que otro/a estudiante o un miembro del personal dio positivo en la prueba de detección de la COVID-19, mi hijo/a deberá hacer cuarentena y la prueba de detección de conformidad con las pautas de los CDC.

Confirmando que al aceptar participar en este programa solo recibiré pruebas de detección de la COVID-19 si mi hijo/a ha estado expuesto/a a la COVID-19 en un salón de clases de Head Start y Servicios Infantiles de ABCD. Si mi hijo/a está expuesto/a a la COVID-19 fuera del programa de Head Start y Servicios Infantiles de ABCD, confirmo que seguiré las pautas de los CDC en cuanto a cuarentena y pruebas de detección.

Si mi hijo/a da positivo o presenta síntomas de COVID-19, lo/la aislaré de inmediato de conformidad con las pautas de los CDC y no lo/la enviaré a los centros de Head Start de ABCD hasta que el período de aislamiento finalice.

Autorizo a ABCD a compartir esta información con el Departamento de Salud Pública de Massachusetts, la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos de Massachusetts, el Departamento de Educación Temprana y Cuidado Infantil de Massachusetts y/o cualquier otra entidad gubernamental tal como exigen la ley vigente y las pautas gubernamentales.

**No**, no le realizaré la prueba a mi hijo/a en casa. Si mi hijo/a asiste a una clase en la que otro/a estudiante o un miembro del personal dio positivo en la prueba de detección de la COVID-19, mi hijo/a deberá hacer cuarentena de conformidad con las pautas de los CDC.

**NOMBRE DE LA MADRE/DEL PADRE/TUTOR (EN LETRA DE IMPRENTA):**

**FIRMA DE LA MADRE/DEL PADRE/TUTOR:**

**FECHA:**

# FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN PARA HEAD START Y SERVICIOS INFANTILES DE ABCD: AÑO DEL PROGRAMA 2023-2024

NOTA PARA PADRES Y TUTORES: Lea las siguientes declaraciones detenidamente. Las políticas, los formularios y las autorizaciones que se incluyen en esta página son documentos legales. Firme cada declaración o política para indicar que la entiende y la acepta. Estos permisos y autorizaciones vencen al final de cada año del programa.

COMPLETE LOS FORMULARIOS DE MANERA DIGITAL Y ENVÍELOS AL PERSONAL DEL PROGRAMA POR CORREO ELECTRÓNICO.

SI NO PUEDE HACERLO, COMUNÍQUESE CON EL PERSONAL DEL PROGRAMA PARA SOLICITAR COPIAS IMPRESAS.

## PROGRAMA DE SALUD DENTAL DE HEAD START/EARLY HEAD START DE ABCD OFRECIDO POR BOSTON UNIVERSITY GOLDMAN SCHOOL OF DENTAL MEDICINE (GSDM) *Coordinadora del programa, Kathy Lituri, RDH, MPH, 617.358.6453*

Nombre del niño/de la niña: \_\_\_\_\_ Centro de ABCD: \_\_\_\_\_  
(en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento del niño/de la niña: \_\_\_\_\_ Salón de clases: \_\_\_\_\_

Género del niño/de la niña:  Masculino  Femenino  Head Start  Early Head Start

**SÍ**, autorizo a que mi hijo/a reciba un examen dental, aplicación de barniz de flúor y selladores (de ser necesario). Complete y devuelva este formulario.

**O BIEN**

**NO**, NO autorizo a que mi hijo/a participe en el programa.

Si no autoriza, marque el motivo y devuelva este formulario.  Mi hijo/a tiene un dentista.  Otro: \_\_\_\_\_

1. ¿Qué idioma habla mejor su hijo/a? \_\_\_\_\_  
¿Qué idioma habla la madre/el padre/tutor en casa? \_\_\_\_\_

2. ¿Cuál es la raza y el origen étnico de su hijo/a? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

Aborigen estadounidense o nativo/a de Alaska  Negro/a/Afroamericano/a  Asiático/a  Blanco/a  
 Nativo/a de Hawái o de otra isla del Pacífico  Brasileño/a  Hispano/a

3. ¿Su hijo/a ha ido al médico para una revisión en el último año?  SÍ  NO

4. ¿Su hijo/a ha ido al dentista para una revisión en el último año?  SÍ  NO

5. ¿Su hijo/a toma algún medicamento actualmente?  SÍ  NO

Si la respuesta es SÍ, indique los medicamentos: \_\_\_\_\_

6. Marque cualquier enfermedad o afección que su hijo/a haya tenido alguna vez:

TDA/TDAH  Diabetes  Hepatitis  Problemas hepáticos  Anemia  
 Espasmos/convulsiones  Epilepsia  Soplo cardíaco  Fiebre reumática  Asma  
 Alergias a medicamentos  Cardiopatías  Problemas renales  Tuberculosis  VIH/SIDA

7. ¿Su hijo/a tiene alguna otra afección médica?  SÍ  NO

Si la respuesta es SÍ, explique: \_\_\_\_\_

8. ¿Su hijo/a toma antibióticos antes del tratamiento dental?  SÍ  NO

9. ¿Su hijo/a tiene alguna alergia?  SÍ  NO

Si la respuesta es SÍ, marque todas las opciones que correspondan:

Penicilina  Antibióticos  Colofonia  Aspirina  Alimentos  
 Látex  Resinas  Metales  Otro: \_\_\_\_\_

10. ¿Su hijo/a tiene alguna discapacidad del desarrollo?  SÍ  NO

Si la respuesta es SÍ, explique: \_\_\_\_\_

# FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN PARA HEAD START Y SERVICIOS INFANTILES DE ABCD: AÑO DEL PROGRAMA 2023-2024

NOTA PARA PADRES Y TUTORES: Lea las siguientes declaraciones detenidamente. Las políticas, los formularios y las autorizaciones que se incluyen en esta página son documentos legales. Firme cada declaración o política para indicar que la entiende y la acepta. Estos permisos y autorizaciones vencen al final de cada año del programa.

COMPLETE LOS FORMULARIOS DE MANERA DIGITAL Y ENVÍELOS AL PERSONAL DEL PROGRAMA POR CORREO ELECTRÓNICO.

SI NO PUEDE HACERLO, COMUNÍQUESE CON EL PERSONAL DEL PROGRAMA PARA SOLICITAR COPIAS IMPRESAS.

11. ¿Su hijo/a tiene **SEGURO DENTAL**?

SÍ  NO

Si la respuesta es **SÍ**, marque cuál y complete a continuación:

Blue Cross/Shield     Delta Dental     Children's Medical (CMSP)     Mass Health/Medicaid

Otro: \_\_\_\_\_

Si tiene **MassHealth**, indique el número: \_\_\_\_\_

Si tiene **otro seguro**, indique:

Nombre del/de la afiliado/a: \_\_\_\_\_ Número de grupo/  
póliza: \_\_\_\_\_

**Lea y firme a continuación:** Entiendo lo siguiente:

- 1) GSDM puede utilizar la información médica de mi hijo/a para tratamientos, pagos, operaciones y evaluación de programas.
- 2) El Aviso de prácticas de privacidad de GSDM se encuentra en [https://www.bu.edu/dental/files/2017/05/Dental-Notice-of-Privacy-Practices-April-10\\_2017.pdf](https://www.bu.edu/dental/files/2017/05/Dental-Notice-of-Privacy-Practices-April-10_2017.pdf)
- 3) Si mi hijo/a tiene seguro, autorizo a GSDM a facturar a su seguro los servicios prestados. No me facturarán los servicios prestados.
- 4) Los servicios prestados pueden afectar a la cobertura del seguro de las visitas al dentista.
- 5) Los resultados del examen dental de mi hijo/a serán entregados al personal de HeadStart que corresponda.
- 6) He leído y entiendo el programa dental y, al firmar a continuación, doy mi consentimiento para que mi hijo/a participe.

**NOMBRE DE LA MADRE/DEL PADRE/TUTOR (EN LETRA DE IMPRENTA):**

**FIRMA DE LA MADRE/DEL PADRE/TUTOR:**

**FECHA:**

Parentesco con el niño/la niña \_\_\_\_\_ Número de teléfono de contacto durante el día \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Número de teléfono celular \_\_\_\_\_

**PARA EL PERSONAL DEL PROGRAMA DE GSDM**

Revisado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN PARA HEAD START Y SERVICIOS INFANTILES DE ABCD: AÑO DEL PROGRAMA 2023-2024

NOTA PARA PADRES Y TUTORES: Lea las siguientes declaraciones detenidamente. Las políticas, los formularios y las autorizaciones que se incluyen en esta página son documentos legales. Firme cada declaración o política para indicar que la entiende y la acepta. *Estos permisos y autorizaciones vencen al final de cada año del programa.*

**COMPLETE LOS FORMULARIOS DE MANERA DIGITAL Y ENVÍELOS AL PERSONAL DEL PROGRAMA POR CORREO ELECTRÓNICO.**

**SI NO PUEDE HACERLO, COMUNÍQUESE CON EL PERSONAL DEL PROGRAMA PARA SOLICITAR COPIAS IMPRESAS.**

## TRATAMIENTO CON FLUORURO DIAMINO DE PLATA (SDF) Y TRATAMIENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO MODIFICADO CON PLATA (SMART)

El tratamiento con fluoruro diamino de plata (SDF) y el tratamiento restaurador atraumático modificado con plata (SMART) están ahora disponibles en la escuela de su hijo/a a través del Programa dental de Head Start/Early Head Start de ABCD de la Universidad de Boston. Estos tratamientos pueden aplicarse a las caries para impedir que crezcan, detener el dolor dental y darle más tiempo para llevar a su hijo/a al dentista. El tratamiento es rápido y sencillo: ¡no se necesitan agujas, inyecciones ni perforaciones!

El fluoruro diamino de plata (SDF) es un líquido que los dentistas aplican sobre las caries con un pincel para impedir que crezcan. **La caries se volverá negra** (ver foto) y se endurecerá - esto significa que está haciendo efecto. Las partes sanas del diente no se ennegrecen y deben permanecer del color del diente.

El tratamiento restaurador atraumático modificado con plata (SMART) es cuando se coloca un material de obturación dental de color blanco encima de una caries que fue tratada con SDF. Esto ayuda a reparar el diente y puede ayudar a cubrir la mayor parte o la totalidad de las partes negras del tratamiento con SDF. No todas las caries tratadas con SDF pueden tener SMART.

Los tratamientos con SDF y SMART no pueden utilizarse en todas las caries o si su hijo/a es alérgico a la plata. Si su hijo/a no puede recibir estos tratamientos, le facilitaremos una lista de clínicas dentales que pueden tratar el diente de otra manera.

Somos muy cuidadosos al pintar los dientes con SDF, pero los niños a veces se mueven bruscamente durante el tratamiento y algo de SDF podría entrar en contacto con sus encías o su piel y mancharlas temporalmente. Esto rara vez ocurre, pero si ocurre, la mancha debería desaparecer en 1 a 3 semanas.

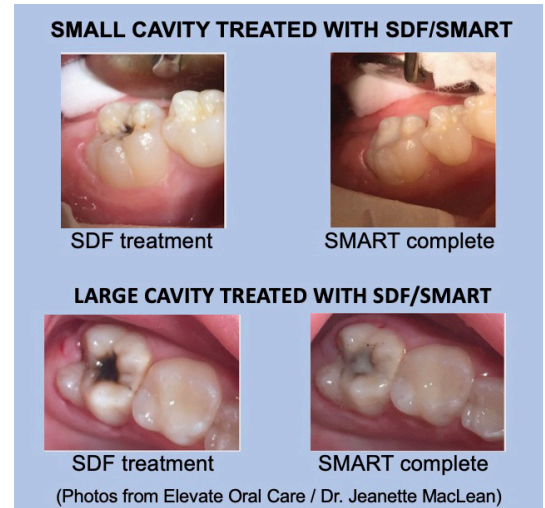
**\*\* Solo los dientes posteriores serán tratados con SDF y SMART \*\***

- SÍ**, autorizo a que mi hijo/a reciba SDF y SMART.  
¿Su hijo/a tiene alguna **alergia a la plata o los metales**?

SÍ  NO

**O BIEN**

- NO**, NO autorizo a que mi hijo/a reciba SDF y/o SMART.



Nombre del niño/de la niña: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del niño/de la niña: \_\_\_\_\_  
(en letra de imprenta)

**NOMBRE DE LA MADRE/DEL PADRE/TUTOR (EN LETRA DE IMPRENTA):**

**FIRMA DE LA MADRE/DEL PADRE/TUTOR:**

**FECHA:**

**FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN PARA HEAD START Y SERVICIOS INFANTILES DE ABCD: AÑO DEL  
PROGRAMA 2023-2024**

**NOTA PARA PADRES Y TUTORES:** Lea las siguientes declaraciones detenidamente. Las políticas, los formularios y las autorizaciones que se incluyen en esta página son documentos legales. Firme cada declaración o política para indicar que la entiende y la acepta.  
*Estos permisos y autorizaciones vencen al final de cada año del programa.*

**COMPLETE LOS FORMULARIOS DE MANERA DIGITAL Y ENVÍELOS AL PERSONAL DEL PROGRAMA POR CORREO  
ELECTRÓNICO.**

**SI NO PUEDE HACERLO, COMUNÍQUESE CON EL PERSONAL DEL PROGRAMA PARA SOLICITAR COPIAS IMPRESAS.**

# Se dejó en blanco intencionalmente.

*Los formularios azules deben archivarse en la sección de participación familiar  
del expediente del niño/de la niña.*

# FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN PARA HEAD START Y SERVICIOS INFANTILES DE ABCD: AÑO DEL PROGRAMA 2023-2024

NOTA PARA PADRES Y TUTORES: Lea las siguientes declaraciones detenidamente. Las políticas, los formularios y las autorizaciones que se incluyen en esta página son documentos legales. Firme cada declaración o política para indicar que la entiende y la acepta.  
*Estos permisos y autorizaciones vencen al final de cada año del programa.*

**COMPLETE LOS FORMULARIOS DE MANERA DIGITAL Y ENVÍELOS AL PERSONAL DEL PROGRAMA POR CORREO ELECTRÓNICO.**

**SI NO PUEDE HACERLO, COMUNÍQUESE CON EL PERSONAL DEL PROGRAMA PARA SOLICITAR COPIAS IMPRESAS.**

## EXCURSIONES POR EL VECINDARIO Y LA COMUNIDAD:

En el salón de clases de Head Start, el plan de estudios incluye usar los recursos de la comunidad, como las tiendas, las bibliotecas, las estaciones de policía y de bomberos, los parques y las áreas de juego, entre otros. Cuando las condiciones climáticas lo permiten, los grupos salen al aire libre diariamente a jugar, caminar o pasear por el vecindario. Para estas actividades, no se requiere ningún medio de transporte. El personal correspondiente de Head Start supervisará a los niños en todo momento durante las actividades. Si desea una lista de los lugares de la comunidad que visita el centro, pídsela al director del programa. Todas las excursiones, caminatas o paseos a las áreas de juego del vecindario se realizarán conforme a las normas y pautas de seguridad del Departamento de Educación Temprana y Cuidado Infantil (EEC, por sus siglas en inglés).

Antes de una excursión por el vecindario o la comunidad, proporcione al personal toda la información que necesite saber sobre su hijo/a, como alergias al aire libre, miedo a los animales, etc.

**Autorizo a que mi hijo/a participe en excursiones fuera del centro, como se describe arriba.**

FIRMA DE LA MADRE/DEL PADRE/TUTOR:

FECHA:

## FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE ABCD A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN:

El programa Head Start y Servicios Infantiles de ABCD solicita su autorización por escrito para utilizar su imagen, retrato y voz, o las de su hijo/a, en distintos medios impresos, electrónicos y audiovisuales. No es obligatorio otorgar este consentimiento para poder participar en los programas de ABCD ni para recibir servicios o beneficios de parte o a través de ABCD.

**Marque todas las casillas que correspondan, complete los espacios en blanco y firme e indique la fecha a continuación:**

- Soy mayor de 18 años y firmo este formulario en mi nombre y representación:

Nombre completo: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
*(en letra de imprenta)*

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

- Soy la madre, el padre o el tutor legal del niño/de la niña o de los niños menores de 18 años que se mencionan a continuación, y firmo este formulario en su(s) nombre(s):

Nombre completo del niño/de la niña: \_\_\_\_\_  
*(en letra de imprenta)*

- AUTORIZO LO SIGUIENTE:** Por el presente, autorizo a Action for Boston Community Development, Inc. (ABCD) a fotografiarme, filmarme o grabarme (y, si marqué la opción anterior, a fotografiar, filmar o grabar a mi hijo/a), y a usar, con propósitos sin fines de lucro, mi imagen, retrato y voz (y, si marqué la opción anterior, las de mi hijo/a) en medios de comunicación de todo tipo, lo que incluye fotografías, grabaciones de audio y video, y publicaciones impresas y en línea, en todo el mundo y de forma permanente sin ninguna autorización adicional ni pago a mi persona. Los medios pueden incluir, entre otros, medios impresos (como informes anuales y publicaciones), medios electrónicos (como el sitio web, el canal de YouTube y las redes sociales de ABCD [Twitter, Instagram y Facebook]) y medios audiovisuales (como la televisión y la radio). De manera expresa, eximo a ABCD, así como a sus subsidiarias, afiliados, representantes, empleados, funcionarios, directores, licenciatarios y cesionarios, de toda responsabilidad legal con respecto a cualquier demanda a la cual yo o mis hijos podríamos tener o no derecho debido a cuestiones de invasión de privacidad o difamación, o a cualquier otra causa que se origine por la producción, distribución, difusión o exhibición de mi nombre o imagen, retrato o voz, o las de mi hijo/a.

- NO AUTORIZO LO SIGUIENTE:** no autorizo a ABCD a fotografiarme, filmarme o grabarme, ni a fotografiar, filmar o grabar a mi hijo/a, con el fin de usar mi nombre, imagen, retrato o voz, o las de mi hijo/a, en cualquier tipo de medio de comunicación.

**Leí esta autorización antes de firmarla, y entiendo su contenido y significado en su totalidad. Entiendo que puedo comunicarme con el departamento jurídico de ABCD llamando al 617-348-6587 para hacer cualquier pregunta específica con respecto a esta autorización antes de firmarla.**

FIRMA DE LA MADRE/DEL PADRE/TUTOR:

FECHA:

# FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN PARA HEAD START Y SERVICIOS INFANTILES DE ABCD: AÑO DEL PROGRAMA 2023-2024

NOTA PARA PADRES Y TUTORES: Lea las siguientes declaraciones detenidamente. Las políticas, los formularios y las autorizaciones que se incluyen en esta página son documentos legales. Firme cada declaración o política para indicar que la entiende y la acepta. *Estos permisos y autorizaciones vencen al final de cada año del programa.*

COMPLETE LOS FORMULARIOS DE MANERA DIGITAL Y ENVÍESELOS AL PERSONAL DEL PROGRAMA POR CORREO ELECTRÓNICO.

SI NO PUEDE HACERLO, COMUNÍQUESE CON EL PERSONAL DEL PROGRAMA PARA SOLICITAR COPIAS IMPRESAS.

## CERTIFICACIÓN DE RECEPCIÓN DEL MANUAL PARA PADRES:

En este Manual para padres de Head Start y Servicios Infantiles de ABCD se incluye información sobre todos los aspectos del programa. Conforme a las políticas del Departamento de Educación Temprana y Cuidado Infantil (EEC), se debe proporcionar información por escrito a las familias antes de la inscripción del niño/de la niña. Recibí el Manual para padres, y un miembro del personal repasó la información junto conmigo.

FIRMA DE LA MADRE/DEL PADRE/TUTOR:

FECHA:

## ENCUESTA PARA PADRES SOBRE INTERESES Y APRENDIZAJE:

Queremos conocer más sobre usted y sus intereses. Seleccione las áreas que le interesan y agregue otras que no se incluyan, si lo desea. Usaremos esta encuesta para crear actividades y eventos familiares, así como para ofrecerle la información que considere más valiosa e importante para su familia:

### Bienestar familiar

#### Vestimenta

- Ropa para adultos
- Ropa para niños

#### Vivienda y falta de vivienda

- Vivienda asequible
- Muebles
- Vivienda propia
- Servicios para familias sin hogar
- Derechos del inquilino
- Asistencia para el pago de facturas por servicios

#### Salud y seguridad

- Prevención del abuso y el descuido infantil
- Salud dental/bucal de la familia
- Salud/bienestar de la familia
- Recursos de asistencia alimentaria
- Seguro médico y dental
- Alimentación saludable/nutrición
- Salud y bienestar mental
- Riesgos de seguridad y prevención
- Control del estrés
- Prevención/tratamiento del abuso de sustancias

#### Relaciones familiares

- Información sobre violencia doméstica
- Relaciones familiares saludables

#### Estabilidad económica y financiera

- Desarrollo y administración de activos
- Elaboración de presupuestos
- Información sobre cuota alimentaria
- Créditos y pago de deudas
- Asistencia financiera para continuar con la educación
- Información sobre beneficios públicos
- Ahorro para emergencias y objetivos
- Impuestos

#### Otro

- Asuntos legales: \_\_\_\_\_

### Relaciones positivas entre padres e hijos

- Oportunidades de participación para padres
- Padres primerizos
- Programa de crianza (programa Parenting Journey, Power of Parenting, Nurturing Families u otros)

- Prácticas de crianza positiva
- Familias monoparentales
- Padrastros
- Cómo hablar con su hijo/a sobre emociones y temas difíciles: \_\_\_\_\_

### Las familias como educadores de por vida

- Actividades en el hogar para apoyar la preparación escolar
- Cómo promover la alfabetización en el hogar
- Cómo apoyar el desarrollo socioemocional
- Orientación y apoyo de conductas positivas
- Los medios y el desarrollo de la primera infancia

### Las familias como aprendices

- Habilidades y capacitación en materia de informática y tecnología
- Asistencia en la búsqueda de empleo
- Inglés como segundo idioma (ESL, por sus siglas en inglés)
- Clases de primeros auxilios/RCP
- Examen de Desarrollo Educativo General (General Educational Development, GED)/ Examen de Equivalencia de Graduación en Escuela Secundaria (High School Graduation Equivalency Test, HiSet)
- Redacción de CV y preparación para entrevistas
- Programas de formación profesional y laboral

### Participación de la familia en las transiciones

- Información sobre el desarrollo infantil
- Información sobre la inscripción en el jardín de infancia
- Información sobre las opciones de escuelas
- Información sobre la preparación escolar
- Información y actividades relacionadas con las transiciones

### Conexiones familiares con pares y la comunidad

- Actividades y eventos comunitarios
- Actividades, ideas y eventos de recreación y bienestar físico para las familias
- Otros grupos sociales y de apoyo: \_\_\_\_\_

- Grupos de apoyo para padres y cuidadores
- Maneras de involucrarse en la comunidad

### Las familias como defensores y líderes

- Cómo defender a mi hijo/a y su educación
- Participación en el consejo de políticas de la

ciudad

- Oportunidades de empleo en Head Start
- Oportunidades de participación en el comité de Head Start (programa local)
- Oportunidades de defensa a nivel estatal y local

Otro: enumere sus intereses u otros temas sobre los que le gustaría recibir más información.

### Voluntariado

- Dispongo de \_\_\_\_\_ horas por semana para participar como voluntario/a en el programa Head Start.

Me gustaría participar como voluntario/a de las siguientes maneras:

- Ser acompañante en las excursiones.
- Ayudar en el salón de clases.
- Ayudar en el programa.
- Reclutar padres para que se inscriban en Head Start.
- Compartir recetas de diferentes culturas con el personal de servicios de comida de Head Start.
- Otra: \_\_\_\_\_

¿Qué días le resultan más convenientes para asistir a los eventos que organice el programa?

- Lu.  Ma.  Mi.  Ju.  Vi.
- Sá.  Do.

¿Qué momento del día le resulta más conveniente?

- Por la mañana (a la hora en que dejo a mi hijo/a)
- Por la tarde (a la hora en que retiro a mi hijo/a)
- Por la noche (aprox. a las 5:30 p. m., después del trabajo o la escuela)



# FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN PARA HEAD START Y SERVICIOS INFANTILES DE ABCD: AÑO DEL PROGRAMA 2023-2024

NOTA PARA PADRES Y TUTORES: Lea las siguientes declaraciones detenidamente. Las políticas, los formularios y las autorizaciones que se incluyen en esta página son documentos legales. Firme cada declaración o política para indicar que la entiende y la acepta.  
*Estos permisos y autorizaciones vencen al final de cada año del programa.*

**COMPLETE LOS FORMULARIOS DE MANERA DIGITAL Y ENVÍELOS AL PERSONAL DEL PROGRAMA POR CORREO ELECTRÓNICO.**

**SI NO PUEDE HACERLO, COMUNÍQUESE CON EL PERSONAL DEL PROGRAMA PARA SOLICITAR COPIAS IMPRESAS.**

## **POLÍTICA DE CONFIDENCIALIDAD PARA PADRES:**

Entiendo lo siguiente:

- Todos los registros, comunicaciones y conversaciones relacionados con el programa Head Start/Early Head Start de ABCD que haya recibido o en los que haya participado como padre/madre voluntario/a (incluso como miembro del consejo de políticas, el comité de políticas o el comité de padres de Head Start y Servicios Infantiles de ABCD, o en cualquier otra actividad voluntaria) deberán mantenerse confidenciales de manera estricta en todo momento. La información confidencial incluye, entre otra, información sobre los niños, las familias y el personal de Head Start/Early Head Start, así como de los solicitantes a puestos de empleo en dichos programas, que contenga datos de la agencia o del personal (personal de Head Start/Early Head Start). Sin embargo, no se incluye aquella información que Head Start de ABCD haya compartido con el público en general o con las familias de Head Start/Early Head Start.
- Queda estrictamente prohibida la posesión, el uso o la reproducción de dichos registros, así como la divulgación de la información que aparezca en cualquiera de estos o que se obtenga a través de comunicaciones o conversaciones con personas no autorizadas, incluidos los empleados de ABCD que no cuenten con acceso autorizado a dicha información en el programa Head Start/Early Head Start.
- La misma prohibición rige para la información que yo pudiera haber obtenido al participar como miembro en cualquier grupo de políticas o comités, o bien al desempeñarme como voluntario/a en el centro local o en la oficina central de ABCD, incluidos subcomités administrativos/ejecutivos, de personal, de finanzas, de salud/nutrición, de educación, de autoevaluación o de defensa.
- ÚNICAMENTE podré hablar acerca de dicha información, independientemente de su origen, con el personal designado por la vicepresidenta de Head Start y Servicios Infantiles de ABCD dentro de la entidad; y con ninguna persona fuera de ABCD, salvo conforme a lo exigido o autorizado por las leyes o normas, o según lo dispuesto en la sección "Función de los padres" de este Manual para padres. Entiendo que la violación a esta política de confidencialidad dará lugar a medidas disciplinarias que podrían implicar la terminación de la membresía en el grupo de políticas o de cualquier otra actividad de voluntariado pertinente.

Acepto cumplir con la política de confidencialidad para padres que se indica arriba.

**FIRMA DE LA MADRE/DEL PADRE/TUTOR:**

**FECHA:**

## **POLÍTICA PARA DEJAR Y RETIRAR A LOS NIÑOS:**

Acepto cumplir con las políticas para dejar y retirar a los niños, como se describe en las páginas 38 a 39 de este Manual para padres.

**FIRMA DE LA MADRE/DEL PADRE/TUTOR:**

**FECHA:**

## FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN PARA HEAD START Y SERVICIOS INFANTILES DE ABCD: AÑO DEL PROGRAMA 2023-2024

NOTA PARA PADRES Y TUTORES: Lea las siguientes declaraciones detenidamente. [Las políticas, los formularios y las autorizaciones que se incluyen en esta página son documentos legales.](#) Firme cada declaración o política para indicar que la entiende y la acepta.  
*Estos permisos y autorizaciones vencen al final de cada año del programa.*

COMPLETE LOS FORMULARIOS DE MANERA DIGITAL Y ENVÍELOS AL PERSONAL DEL PROGRAMA POR CORREO ELECTRÓNICO.

SI NO PUEDE HACERLO, COMUNÍQUESE CON EL PERSONAL DEL PROGRAMA PARA SOLICITAR COPIAS IMPRESAS.

### INICIATIVA DRIVE DE UNITED WAY: Datos y recursos invertidos en educación temprana esencial FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE LA MADRE/DEL PADRE/TUTOR PARA RECOPIRAR Y USAR DATOS DE PRUEBAS:

El objetivo de la iniciativa **DRIVE** de United Way es desarrollar una perspectiva estatal de las necesidades de los niños de 0 a 6 años. El propósito del proyecto es garantizar que haya apoyo disponible para ayudar a las familias a criar a sus hijos sanos y preparados para la escuela al momento de ingresar a jardín de infancia. A través de la iniciativa **DRIVE**, United Way trabaja con organizaciones que brindan servicio a niños y familias para realizar pruebas en niños de 0 a 6 años usando el [Cuestionario de edades y etapas](#) (ASQ, por sus siglas en inglés) y el [Cuestionario de edades y etapas: socioemocional](#) (ASQ:SE), analizar esos datos y usarlos para ayudar a las organizaciones a identificar y apoyar las necesidades de desarrollo de los niños a los que brindan sus servicios.

Con su permiso, la información sobre su hijo/a de las pruebas ASQ y ASQ: SE se compartirá con United Way y sus socios en DRIVE.

Cualquier dato sobre su hijo/a que se comparta con United Way a través de DRIVE solo se usará para 1) crear informes anónimos de datos agrupados sobre desarrollo infantil en organizaciones y comunidades específicas y 2) para investigar la relación entre la prueba y otros recursos, el desarrollo infantil y la aptitud para comenzar la escuela.

**United Way no compartirá información personal sobre su hijo/a con ningún tercero, organización ni agencia, ni se identificará a su hijo/a sin su permiso expreso por escrito.**

**AUTORIZO** a Head Start y Servicios Infantiles de ABCD a recopilar y mantener información personal sobre mi(s) hijo/a(s) \_\_\_\_\_ por un período no mayor a seis (6) años y a compartirla con United Way y los socios de United Way solo para los fines que se indican arriba.

Entiendo que puedo comunicarme con United Way, por teléfono o por escrito, a 51 Sleeper Street, Boston, MA. 02210, (617) 624-8105, [drive@supportunitedway.org](mailto:drive@supportunitedway.org), para cancelar esta autorización en cualquier momento, y excepto por la información ya proporcionada, este formulario de autorización no se seguirá usando.

**No**, no autorizo a Head Start y Servicios Infantiles de ABCD a compartir información con United Way y los socios de United Way.

NOMBRE DE LA MADRE/DEL PADRE/TUTOR (EN LETRA DE IMPRENTA): \_\_\_\_\_

FIRMA DE LA MADRE/DEL PADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

Actualizado el  
2/25/2020

# ¡GRACIAS!