

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.

Estos **formularios deben devolverse**
al
centro el mismo día en que su hijo/a
comienza las clases
o antes.

Las políticas, los formularios y las

FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN PARA HEAD START Y SERVICIOS INFANTILES DE ABCD: AÑO DEL PROGRAMA 2024-2025

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 sea entregado/a por el centro al final el día del programa a la(s) persona(s) designada(s) que se indica(n) a continuación y de la manera establecida anteriormente. 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**

MARQUE la casilla correspondiente para indicar si la persona mencionada está autorizada solo para retirar al niño/a la niña 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 móvil _____

1. Nombre _____ RETIRO SOLO EMERGENCIAS AMBOS CASOS
Parentesco _____ Número de teléfono de contacto durante el día _____
Dirección _____ Número de teléfono móvil _____

1. Nombre _____ RETIRO SOLO EMERGENCIAS AMBOS CASOS
Parentesco _____ Número de teléfono de contacto durante el día _____
Dirección _____ Número de teléfono móvil _____

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.
- Caminando en compañía de una persona mayor de 14 años (Head Start) o de un adulto (Early Head Start).
- 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).
- En un medio de transporte privado organizado o contratado por la madre o el padre.
- En un medio de transporte privado organizado 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 retirará la madre, el padre o el tutor.
- Caminando en compañía de una persona mayor de 14 años (Head Start) o de un adulto (Early Head Start).
- 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).
- En un medio de transporte privado organizado o contratado por la madre o el padre.
- En un medio de transporte privado organizado 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 2024-2025

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.

AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS: Autorizo al personal de ABCD a que realice las siguientes pruebas como parte de los servicios habituales 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 vista a su hijo/a utilizando los dispositivos de valoración de la visión SPOT y de detección de agudeza visual de cerca. Esto se hace para evaluar el riesgo de que su hijo/a tenga problemas de visión. Conforme a las normas de rendimiento 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 del dispositivo 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 a 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 inscritos 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 anteriormente mencionado/a: (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 2024-2025

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.

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 y dirección	Teléfono	Fax
Médica			
Dental			

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 una notificación 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 todo lo que se indica arriba.

- No**, no autorizo al personal de Head Start y Servicios Infantiles de ABCD a 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 a 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 a que administre desinfectante para

FIRMA DE LA MADRE/DEL PADRE/TUTOR:

FECHA:

FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN PARA HEAD START Y SERVICIOS INFANTILES DE ABCD: AÑO DEL PROGRAMA 2024-2025

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 escolar 2024-2025

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 a 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

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE PRIMEROS AUXILIOS/ATENCIÓN DE EMERGENCIA: año escolar 2024-2025

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 a 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

8/2024

FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN PARA HEAD START Y SERVICIOS INFANTILES DE ABCD: AÑO DEL PROGRAMA 2024-2025

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 ENVÍESELLOS 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

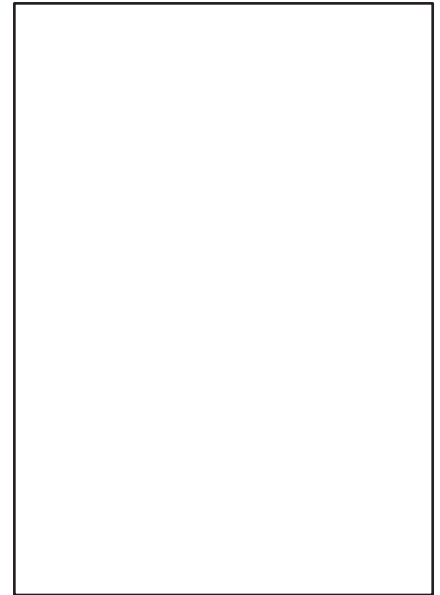
Proveedor de atención médica del niño/de la niña: _____

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

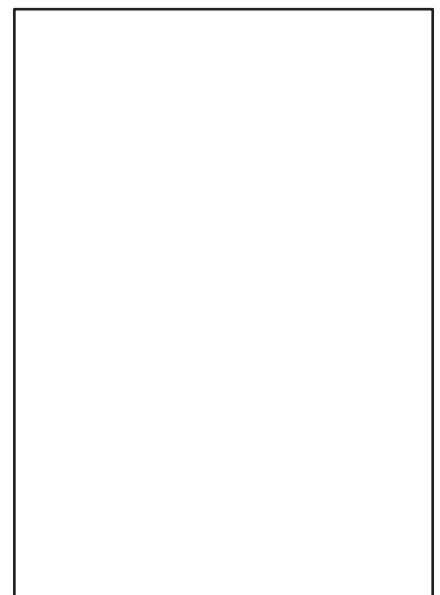
Proveedor de atención médica del niño/de la niña: _____

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 2024-2025

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.

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/niña inscrito/a en los servicios de cuidado infantil y de comidas en los que cada niño/niña 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/niña 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 (ASCR, por sus siglas en inglés) 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 2024-2025

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

Estimada madre/estimado 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 (menor de 12 meses).

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 niño/de la niña: _____		
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"/> Jueves <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Miércoles	Marque las comidas que solicita que su hijo/a reciba en cuidado infantil:	<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Merienda

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 niño/de la niña: _____		
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"/> Jueves <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Miércoles	Marque las comidas que solicita que su hijo/a reciba en cuidado infantil:	<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Merienda

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 niño/de la niña: _____		
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"/> Jueves <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Miércoles	Marque las comidas que solicita que su hijo/a reciba en cuidado infantil:	<input type="checkbox"/> Desayuno <input type="checkbox"/> Almuerzo <input type="checkbox"/> Merienda

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

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DEL PATROCINADOR
Fecha de vigencia de este Formulario de inscripción: **De agosto de 2024 a agosto de 2025** Año fiscal: 2024-2025
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 2024-2025

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 deseo 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:

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.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hispano/a o latino/a | <input type="checkbox"/> Aborígen estadounidense o nativo/a de Alaska | <input type="checkbox"/> Asiático/a |
| <input type="checkbox"/> Ni hispano/a ni latino/a | <input type="checkbox"/> Negro/a o afroamericano/a | <input type="checkbox"/> Nativo/a de Hawái o de otra isla del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Blanco/a | | |

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 2024-2025

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, 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.

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 participar del 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 en casa e informar los resultados en el Formulario de certificación de los padres/tutores el sexto (6), octavo (8) y décimo (10) día después de la exposición.

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. No obstante, si opto por no participar, mi hijo/a deberá seguir todas las pautas sobre restricciones de salud que figuran en el manual para padres.

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 para prevenir la exposición a otras personas.

Si mi hijo/a da positivo o presenta síntomas de COVID-19, le mantendré en casa hasta que los síntomas hayan desaparecido y no tenga fiebre sin usar medicamentos antifebriles durante 24 horas, de acuerdo con las pautas de los CDC.

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, se le pedirá que utilice una mascarilla si es apropiado para su edad, y se le restringirá la asistencia al programa si muestra síntomas de COVID-19

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 2024-2025

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)*

Aborígen 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: _____

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.

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 se agranden, 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 se agranden. **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.

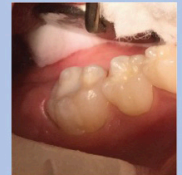
Somos muy cuidadosos al pintar los dientes con SDF, pero los niños a veces se mueven bruscamente durante el tratamiento y algo de SDF podría entrar en contacto con sus encías o su piel y mancharlas temporalmente. Esto rara vez ocurre, pero si ocurre, la mancha debería desaparecer en 1 a 3 semanas.

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

SMALL CAVITY TREATED WITH SDF/SMART



SDF treatment



SMART complete

LARGE CAVITY TREATED WITH SDF/SMART



SDF treatment



SMART complete

(Photos from Elevate Oral Care / Dr. Jeanette MacLean)

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: _____
(en letra de imprenta)

Fecha de nacimiento del niño/de la niña: _____

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 2024-2025

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.

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 afiliado/de la afiliada: _____ Número de grupo/
póliza: _____

- 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
- 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 DEL NIÑO/DE LA NIÑA (EN LETRA DE IMPRENTA):

FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO/DE LA NIÑA:

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 móvil _____

PARA EL PERSONAL DEL PROGRAMA DE GSDM

Revisado por: _____ Fecha: _____

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 ENVÍESELLOS 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 2024-2025

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, pídasela 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).

Proporcione al personal cualquier información sobre su hijo/a que deban conocer cuando lo/la lleven de excursión por el vecindario y la comunidad, 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.

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

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, para fines no lucrativos, 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, licenciarios 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 2024-2025

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.

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 de 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

Madrastras y 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 en 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 desarrollo infantil

Información sobre la inscripción en el jardín de infancia

Información sobre las opciones de escuelas

Información sobre 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.

Otro: _____

¿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 2024-2025

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:

- En todo momento, se deberá mantener la estricta confidencialidad de todos los registros, comunicaciones y conversaciones que guarden relación 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). La información confidencial incluye, sin carácter limitativo, 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 2024-2025

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 DE DETECCIÓN:

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 al jardín de infancia. A través de la iniciativa **DRIVE**, United Way trabaja con organizaciones que brindan servicio a niños y familias para realizar pruebas de detección 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, 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.

FIRMA DE LA MADRE/DEL PADRE/TUTOR:

FECHA:

Actualizado el 9/03/2024

¡GRACIAS!