



# Forma de Inscripción de TOP Early Learning Center

## Información del Niño(a)

Apellido del Niño(a): \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del Niño(a): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Género: Femenina o Masculino Etnia del Niño(a): Hispano/Latino/Origen Español o No Hispano/No Latino/No Origen Español

Raza: Blanca Asiática Afro Americano o Negra Indio Americana o Nativa de Alaska Nativa de Hawaii u otra Isla de Pacifico Otra: \_\_\_\_\_

¿El idioma principal del niño(a) es Inglés? Sí o No Si no, ¿cual es el idioma principal? \_\_\_\_\_

¿Cómo se entero de TOP? \_\_\_\_\_ Escuela de Kinder: \_\_\_\_\_

## Información de los Padres

El niño(a) vive con: Madre Padre Ambos Otra Persona: \_\_\_\_\_ Circular el que le aplique a usted: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a)

### Madre/Guardian Legal

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código: \_\_\_\_\_  
Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_  
Teléfono del Celular: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_  
Etnia: Hispano/Latino/Origen Español o No Hispano/No Latino/No Origen Español  
Idioma Principal: \_\_\_\_\_  
Su Educación más Alta: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

### Padre/Guardian Legal

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código: \_\_\_\_\_  
Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_  
Teléfono del Celular: \_\_\_\_\_  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_  
Etnia: Hispano/Latino/Origen Español o No Hispano/No Latino/No Origen Español  
Idioma Principal: \_\_\_\_\_  
Su Educación más Alta: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

### Información de Empleo

Compañía: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código: \_\_\_\_\_  
Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_  
Empleado: Tiempo Completo Medio Tiempo Desempleado

### Información de Empleo

Compañía: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código: \_\_\_\_\_  
Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Horario: \_\_\_\_\_  
Empleado: Tiempo Completo Medio Tiempo Desempleado

## Información del Hogar

# de personas en el hogar (incluya a todos): \_\_\_\_\_ # de niños menores de 18 años en el hogar: \_\_\_\_\_ Ingresos Anuales: \_\_\_\_\_

## Información de Contactos de Emergencia

(aparte de los padres/guardianes mencionados arriba)

Personas autorizadas para recoger al niño(a) en caso de una emergencia o enfermedad si los padres o guardianes no están disponible o no puede ser localizados por medio de los números que nos proporcionados en este forma. La persona dejando or recogiendo al niño(a) debe de tener al menos 16 años o más.

\* Nota: Se le pedirá a cada persona en la lista una identificación con foto y cualquier persona que no este en la lista no será permitido de recoger al niño(a).

\*\*Nota: Por favor ponga los contactos en el orden en que le gustaria que fueran contactados.

① Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Relación al Niño(a): \_\_\_\_\_

② Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono: \_\_\_\_\_  
Relación al Niño(a): \_\_\_\_\_

③ Nombre: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación al Niño(a): \_\_\_\_\_

④ Nombre: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación al Niño(a): \_\_\_\_\_

⑤ Nombre: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación al Niño(a): \_\_\_\_\_

⑥ Nombre: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación al Niño(a): \_\_\_\_\_

Relación al Niño(a): \_\_\_\_\_

Relación al Niño(a): \_\_\_\_\_

Relación al Niño(a): \_\_\_\_\_

Relación al Niño(a): \_\_\_\_\_

## Permiso

Por favor, responda a las preguntas a continuación circulando "Sí" o "No".

- |    |  |    |    |
|----|--|----|----|
| 1) | Yo doy permiso para que mi niño(a) reciba un examen de la vista, oídos y una evaluación psicológica y de desarrollo, que serán proporcionados por profesionales calificados y/o socios.  | Sí | No |
| 2) | Yo doy permiso para que mi niño(a) sea fotografiado o grabado para el uso de los medios de comunicación.   | Sí | No |
| 3) | Yo entiendo que mi niño(a) estará participando en el programa de comida - Child and Adult Care Food Program (CACFP).   | Sí | No |
| 4) | Yo entiendo que información sobre mi niño(a) puede ser compartida vía fax, correo electrónico, US Servicio Postal, verbalmente con otros centros de TOP, Child Start, Rainbows, el Unificado Distrito Escolar, u otros socios prudentes. | Sí | No |

## Autorización para el cuidado médico en caso de una emergencia para TOP Early Learning Center

### Información Médica

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Hospital de Preferencia: \_\_\_\_\_

### Información del Seguro Medico

Seguro Medico: \_\_\_\_\_ ID # \_\_\_\_\_

¿Usted el padre de familia/guardian califica para Medicaid? Sí o No Si no, ¿que seguro medico tiene? \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) es alérgico a algún medicamento? Sí o No Si es así, ¿a cual? \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) es alérgico a alguna comida? Sí o No Si es así, ¿a cual? \_\_\_\_\_

¿Debería ser retirado algún alimento o bebida de la dieta de su niño(a) debido a la religión? Sí o No Si es así, ¿cual? \_\_\_\_\_

La fecha de la MAS RECIENTE vacuna del Tétano Toxoide o DPT. \_\_\_\_\_

*Esta forma será adjuntada a los archivos de salud de su hijo(a). Ambas formas serán llevadas a la sala de emergencia.*

Para poder cumplir con todos los requisitos legales, autorizo al personal de TOP Early Learning Center como representantes del centro para dar su consentimiento para cualquier emergencia medica que sea necesaria para mi niño(a), cuyo nombre es \_\_\_\_\_, mientras que dicho niño(a) este en la custodia de dicho individuo comenzando el primer día de inscripción y terminando cuando el niño(a) ya no este inscrito.

Firma del Padre de Familia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Representante de TOP: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### For Office Only:

Times of Care: \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ Days of Care: M T W Th F (all week) Meals Served: B L S (all meals)