

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

Información de Empleo	Información de Empleo
Compañía: _____	Compañía: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad, Estado, Código: _____	Ciudad, Estado, Código: _____
Teléfono del Trabajo: _____ Horario: _____	Teléfono del Trabajo: _____ Horario: _____
Empleado: Tiempo Completo Medio Tiempo Desempleado	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.

➊ Nombre: _____	➋ Nombre: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad, Estado, Codigo: _____	Ciudad, Estado, Codigo: _____
Número de Teléfono: _____	Número de Teléfono: _____
Relación al Niño(a): _____	Relación al Niño(a): _____
➌ Nombre: _____ # de Teléfono _____	Relación al Niño(a): _____
➍ Nombre: _____ # de Teléfono _____	Relación al Niño(a): _____
➎ Nombre: _____ # de Teléfono _____	Relación al Niño(a): _____
➏ Nombre: _____ # de Teléfono _____	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 mi consentimiento y acepto que las fotografías o el video/audio de mi niño(a) puede ser utilizados para presentaciones, redes sociales y/o tradicionales, materiales de publicidad u otros usos de los medios de comunicación. Entiendo que los usos descritos se pueden hacer sin compensación o sin consideración adicional. | Sí | No |
| 3) Yo entiendo que mi niño(a) estara 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 |
| 5) Yo doy permiso para recibir mensajes de TOP a traves de mensajes de texto y/o correo electronico, como recordatorios de pago, recordatorios de citas, etc.  | 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

Nota: TOP Early Learning Center no proporciona seguro médico para las lesiones accidentales a los estudiantes. Estos planes están disponibles y deben ser considerados en conjunto con cualquier otro seguro médico que tenga.

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)