



# St. Helen School

Living Virtue · Building Character

Estimados padres de niños en edad preescolar:

En nombre del equipo de preescolar de St. Helen, ¡les damos la bienvenida a nuestro programa! Esperamos tener una relación productiva con ustedes para garantizar que nuestros niños puedan alcanzar su máximo potencial. Reconocemos que, para tener éxito en la escuela, nuestros niños necesitan el apoyo tanto del hogar como de la escuela. Sabemos que una relación sólida con ustedes marcará una gran diferencia en la educación de sus hijos. Como equipo proactivo, prepararemos a los estudiantes para que confíen en sus habilidades para el jardín de infantes.

Nuestro programa Step up to Quality, designado con una calificación de Oro, se esfuerza por abordar las matemáticas, las ciencias, los estudios sociales, las artes del lenguaje, la religión (formación de la fe), los estándares sociales y emocionales, al tiempo que convierte el aprendizaje en una experiencia memorable en un entorno lleno de fe. Nuestro personal altamente calificado tiene comunicaciones diarias, utiliza Class Dojo, boletines semanales y proyectos de enriquecimiento enviados a casa. El personal también se reúne con las familias dos veces durante el año escolar para analizar los objetivos y el desempeño de los estudiantes. Las lecciones se basan en las necesidades de aprendizaje individuales de cada niño.

## **Formularios y documentos necesarios para la inscripción:**

- Cuota de inscripción: \$150 por familia
- Paquete de inscripción completo
- Certificado de nacimiento
- Registro de vacunación/vacunas
- Certificado de bautismo
- Documentos de custodia (si corresponde)
- Formulario médico del niño

## **Horario de preescolar y procedimientos para recoger tarde a los niños:**

Nuestro horario de preescolar es de 8:00 a 14:50 h, de lunes a viernes para el programa de cinco días de jornada completa. El programa de medio día comienza a las 8:00 h y la recogida es a las 11:00 h. Su hijo/a puede ser dejado a partir de las 7:35 h. Si su hijo/a llega después de las 8:00 h, se considerará que llegó tarde y deberá llevarlo a la oficina principal para registrar su entrada. Le pedimos que traiga a su hijo/a a tiempo, ya que la tardanza tiene un efecto dominó en la clase y es una interrupción.

## **Información de contacto:**

Es fundamental que tengamos información actualizada sobre el formulario de emergencia de su hijo, incluidos los nombres, números de teléfono y direcciones exactas. Si hay algún cambio en su información de contacto o en las personas que lo recogerán, notifíquenos de inmediato. Además, siempre es útil saber si hay algún cambio en su rutina en casa o en la vida de su hijo/a que pueda afectar. Comuníquese con nosotros a través de Class Dojo o correo electrónico. Le pedimos que se conecte con Class Dojo de inmediato. Esto brinda una ventana a nuestra clase, información sobre maestros/escuela y actualizaciones específicas sobre su hijo/a.

## **Orientación preescolar:**

Antes del inicio del próximo año escolar, realizaremos una orientación preescolar para todos los padres de niños en edad preescolar. Cubrirá información y procedimientos importantes para el próximo año escolar. Se recomienda encarecidamente que los padres asistan. Notificaremos a todas las familias de niños en edad preescolar sobre los detalles de este evento una vez que los tengamos.

Nos sentimos privilegiados de ser parte de esta familia escolar y le agradecemos su apoyo.

Atentamente,

El personal de preescolar





Inscripción PREESCOLAR 2025-2026  
Cuota de inscripción \$150 por familia

	Studente 1 (menor)	Studente 2	Studente 3
Primer Nombre			
Segundo Nombre			
Apellidos			
Sobrenombre			
Grado (25-26)			
Fecha de Nacimiento			
Lugar de Nacimiento			
Sexo	Masculino / Femenino	Masculino / Femenino	Masculino / Femenino
Últimos dígitos de número de seguro social si aplica			
Religion	Catolico/ No-Catolico	Catolico/ No-Catolico	Catolico/ No-Catolico
Estudiante vive con:			
Hispano	si o No	si o No	si o No
Raza (Marque uno)	Indio Americano/Nativo Alaskan Asiatico Africano Nativo Hawaiano/Isleño Pacífico Blanco Multirracial	Indio Americano/Nativo Alaskan Asiatico Africano Nativo Hawaiano/Isleño Pacífico Blanco Multirracial	Indio Americano/Nativo Alaskan Asiatico Africano Nativo Hawaiano/Isleño Pacífico Blanco Multirracial
Beca EdChoice (Marque uno)	Solicitud de EdChoice Recibo EdChoice/Renovación Elijo no presentar la solicitud	Solicitud de EdChoice Recibo EdChoice/Renovación Elijo no presentar la solicitud	Solicitud de EdChoice Recibo EdChoice/Renovación Elijo no presentar la solicitud
Escuela ala que atendió anteriormente			
Estudiante ha sido recomendado o está en lo siguiente servicios: IEP, 504 Plan, RIMP, Título 1	IEP: si / No 504 Plan: si / No RIMP (Grados K-3): si / No Título 1 Servicios: si / No	IEP: si / No 504 Plan: si / No RIMP (Grados K-3): si / No Título 1 Servicios: si / No	IEP: si / No 504 Plan: si / No RIMP (Grados K-3): si / No Título 1 Servicios: si / No
Entrando a 4 grado.Su estudiante recibió puntaje para ser promovido a tercer grado?	si / No N/A	si / No N/A	si / No N/A
Mi estudiante fue retenido. En que grado?	si / No Grado: _____	si / No Grado: _____	si / No Grado: _____
¿Ha sido expulsado o pedido salir de alguna escuela?	Si / No	si / No	si / No

	Sí	No
¿Está de acuerdo con que su nombre y número de teléfono estén disponibles en la lista de clases?		
¿Está de acuerdo con permitir que St Helen Preschool use fotos de su hijo en las plataformas de redes sociales?		
¿Está de acuerdo con permitir que St Helen Preschool publique fotos de su hijo en el pasillo?		

\_\_\_\_\_ Entiendo que mi teléfono celular y cualquier otro número de teléfono que figure en la lista se utilizarán para nuestro sistema de notificación a los padres.

\_\_\_\_\_ Me gustaría que los documentos se envíen a casa en español cuando estén disponibles.

**Firma del padre/tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

### Información de Sacramentos

Nombre de estudiante 1: \_\_\_\_\_

Sacramentos	Recibio (si or No)	Fecha	Iglesia	Ciudad/Estado
Bautizo				
Primera Comunion				
Reconciliacion				
Confirmation				

Nombre de estudiante 2: \_\_\_\_\_

Sacramentos	Recibio (si or No)	Fecha	Iglesia	Ciudad/Estado
Bautizo				
Primera Comunion				
Reconciliacion				
Confirmacion				

**PADRE/GUARDIAN**

Nombre de Padres o Guardianes: \_\_\_\_\_  Padre  Padrastro  Guardian  
Apellidos Primer Nombre

Direccion: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal  
 Igual al estudiante/s  Diferente del estudiante/s

Telefono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_

Correo Electronico:  
\_\_\_\_\_

Estado Civil (Marque uno): Soltero / Casado/ Divorciado / Viudo

Trabajo: \_\_\_\_\_ Titulo: \_\_\_\_\_

Militar (Marque uno): Activo / Reserva / Retirado/ Contratado

Religion: \_\_\_\_\_ Es un miembro activo de la Iglesia St. Helen?  Si  No

Si no es inglés, ¿qué idioma habla? \_\_\_\_\_

**MADRE/GUARDIAN**

Nombre de Madre o Guardianes: \_\_\_\_\_  Padre  Padrastro  Guardian  
Apellidos Primer Nombre

Direccion: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código postal  
 Igual al estudiante/s  Diferente del estudiante/s

Telefono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_

Correo Electronico:  
\_\_\_\_\_

Estado Civil (Marque uno): Soltero / Casado/ Divorciado / Viudo

Trabajo: \_\_\_\_\_ Titulo: \_\_\_\_\_

Militar (Marque uno): Activo / Reserva / Retirado/ Contratado

Religion: \_\_\_\_\_ Es un miembro activo de la Iglesia St. Helen?  Si  No

Si no es inglés, ¿qué idioma habla? \_\_\_\_\_

**Preguntas adicionales:**

1. ¿Tiene actualmente hermanos que vivan en el mismo hogar y asistan a la escuela St. Helen?
    - a. En caso afirmativo, indique:
      - i. Nombre \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_
      - ii. Nombre \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_
      - iii. Nombre \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_
  2. ¿Existe alguna restricción legal que prohíba a un padre/tutor tener acceso a los datos del estudiante(s) enumerados?
    - i. \_\_\_\_ Si (favor de proporcionar documentación de custodia o judicial)
    - ii. \_\_\_\_ No
  3. La comunicación con las familias (boletines informativos, etc.) se realizará por correo electrónico, llamadas automáticas y ocasionalmente mensajes de texto. También se puede acceder a la información familiar a través del sitio web de nuestra escuela, [www.sainthelenschool.org](http://www.sainthelenschool.org). Haga clic en "Familias actuales".
  4. \_\_\_\_ **Me** gustaría que los documentos se envíen a casa en español cuando estén disponibles.
- ¿Qué número de teléfono le gustaría que figure como su forma PRINCIPAL de contacto? \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA/RECOGIDA**  
**(Debe ser diferente del padre/tutor indicado anteriormente)**

Nombre	Numero de telefono	Relación con el estudiante

5. ¿Cómo se enteró de la Escuela St. Helen? \_\_\_\_\_

**Declaración sobre el proceso de inscripción de nuevos estudiantes:**

Entiendo que completar esta solicitud NO garantiza la inscripción. Los estudiantes deben completar con éxito el proceso de selección, completar todos los formularios de inscripción y enviar toda la documentación requerida. La tarifa no reembolsable de \$150 por familia debe abonarse junto con esta solicitud para que se considere la inscripción. Todos los estudiantes estarán en un período de prueba durante las primeras siete semanas del año escolar. St. Helen le notificará una vez completado el proceso de inscripción y aceptación.

**Manual:**

Los padres/tutores y el estudiante acuerdan cumplir con las políticas y los procedimientos del Manual para padres/estudiantes. Hay una copia disponible en

[https://www.sainthelenschool.org/files/ugd/de0d58\\_ac0311585ef94b97b7c5ba44e0623126.pdf](https://www.sainthelenschool.org/files/ugd/de0d58_ac0311585ef94b97b7c5ba44e0623126.pdf) o se puede solicitar una copia impresa en la oficina de la escuela.

Afirmo y certifico que toda la información y las respuestas a las preguntas aquí contenidas son completas, verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier tergiversación, falsificación u omisión de cualquier dato solicitado en la solicitud puede hacer que esta sea nula y será motivo de retiro inmediato de la escuela St. Helen.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_





**Spanish | Apéndice A: Encuesta de uso del lenguaje**

Padres y tutores: Sólo complete esta página de la encuesta. El reverso de este formulario lo completará la escuela. Se requiere una encuesta de uso del idioma completa para todos los alumnos al momento de la inscripción en las escuelas de Ohio. Esta información servirá para que el personal de la escuela sepa si necesitan verificar el dominio de inglés de su hijo/a. Las respuestas a estas preguntas aseguran que su hijo/a reciba los servicios educativos necesarios para tener éxito en la escuela. La información no se usa para identificar condición de inmigración.

<b>Nombre del alumno:</b> <i>(nombre y apellido)</i> _____		<b>Fecha de nacimiento del alumno:</b> <i>(mm/dd/aaaa)</i> _____	
<b>Preferencias de comunicación</b> Indique su preferencia de idioma para que podamos proveer un intérprete o documentos traducidos sin costo cuando los necesite. Todos los padres tienen derecho a obtener información sobre la educación de sus hijos en un idioma que entiendan.		1. ¿En qué idioma(s) preferiría su familia comunicarse con la escuela? _____	
<b>Antecedentes del idioma</b> La información sobre los antecedentes del idioma de su hijo/a nos ayuda a identificar a los alumnos que cumplen las condiciones para recibir apoyo para desarrollar las habilidades lingüísticas necesarias para tener éxito en la escuela. Puede ser necesario realizar pruebas para determinar si se necesitan apoyos para aprender el idioma.		2. ¿Qué idioma aprendió primero su hijo/a? _____ 3. ¿Qué idioma usa más su hijo en casa? _____ 4. ¿Qué idiomas se usan en su casa? _____	
<b>Educación previa</b> Las respuestas sobre el país de nacimiento de su hijo/a y la educación anterior nos brindan información sobre los conocimientos y habilidades que su hijo está trayendo a la escuela y pueden permitir que la escuela reciba fondos adicionales para apoyar a su hijo/a.		5. ¿En qué país nació su hijo/a? _____ 6. ¿Ha recibido su hijo/a educación formal fuera de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuántos años/meses? _____ En caso afirmativo, ¿cuál fue el idioma de instrucción? _____ 7. ¿Ha asistido su hijo a la escuela en los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuándo asistió su hijo por primera vez a la escuela en los Estados Unidos? _____ / _____ / _____ Mes                      Día                      Año	
<b>Información adicional</b> Comparta información adicional para ayudarnos a comprender las experiencias de idioma y los antecedentes educativos de su hijo/a.			
Nombre del padre/tutor: _____		Apellido del padre/tutor: _____	
Firma del padre/tutor: _____		Fecha de hoy: <i>(mm/dd/aaaa)</i> _____	

Gracias por brindar la información precedente. Comuníquese con su escuela u oficina del distrito si tiene preguntas sobre este formulario o sobre los servicios disponibles en la escuela de su hijo/a. Se puede encontrar información traducida sobre las obligaciones de derechos civiles de las escuelas con los estudiantes de inglés como segundo idioma y padres con dominio limitado del inglés en este enlace: <https://www2.ed.gov/about/offices/list/ocr/ellresources.html>



\*\*\*COMPLETADO POR EMPLEADO DE LA ESCUELA\*\*\*

1. **Marque.** Confirme las siguientes afirmaciones relacionadas con la administración de la encuesta de uso del idioma de Ohio:

- El distrito o escuela presentó la encuesta de uso del idioma, en la medida de lo posible, en un idioma y forma que el padre/madre o tutor comprendió.
- El distrito o escuela informó a el(los) padre(s) o tutor(es) acerca del propósito del formulario. La encuesta de uso del idioma solo se usa para entender las experiencias lingüísticas y los antecedentes educativos del alumno.
- El distrito o escuela registra información de la encuesta de uso del idioma en los registros correspondientes del Sistema de Información sobre la Gestión de la Educación (EMIS).
- Para los alumnos que se inscriben de otras escuelas y distritos de los Estados Unidos, los funcionarios de la escuela solicitan datos de encuestas de idioma anteriores y consultan la información cuando identifican estudiantes de inglés como segundo idioma.
- Los resultados de la encuesta de uso del idioma se guardan con los registros acumulativos del alumno y siguen al alumno si se transfiere a otro distrito o escuela.

2. **Anote.** Registre información adicional para ayudar en la revisión de la encuesta de uso del idioma.

3. **Registre.** Indique las respuestas de la encuesta de uso del idioma en la siguiente tabla. Consulte las anotaciones de la encuesta de uso del idioma en la página 2 para obtener ayuda sobre temas específicos.

<p><b>Lengua materna del alumno</b>                  Vea la pregunta 2 de la encuesta de uso del idioma.                  Informe para <u>todos</u> los alumnos en el EMIS.</p>	_____
<p><b>Idioma que se habla en la casa del alumno</b>                  Vea la pregunta 3 de la encuesta de uso del idioma.                  Informe <u>solo</u> para los estudiantes de inglés como segundo idioma en el EMIS.</p>	_____
<p><b>Estudiante de inglés como segundo idioma potencial</b>                  Vea las preguntas 2-4 de la encuesta de uso del idioma.</p>	<input type="checkbox"/> Sí. Evalúe el dominio del inglés del alumno. <input type="checkbox"/> No. No evalúe el dominio del inglés del alumno.
<p><b>Condición de inmigrante del alumno</b>                  Vea las preguntas 5-7 de la encuesta de uso del idioma. Informe para <u>todos</u> los alumnos en el EMIS.</p>	<input type="checkbox"/> Sí, el alumno es inmigrante. <input type="checkbox"/> No, el niño no es inmigrante.

4. **Valide.** Complete la siguiente información.

\_\_\_\_\_  
 Firma del empleado de la escuela que valida

\_\_\_\_\_  
 Fecha (mm/dd/aaaa)

\_\_\_\_\_  
 Nombre en letra de molde del empleado de la escuela que valida

\_\_\_\_\_  
 Nombre de la escuela o distrito escolar

ST. HELEN SCHOOL

EMERGENCY MEDICAL AUTHORIZATION

Student Legal Name (Last-First-Middle) Birth Date

Address City Zip School District

Grade Home Room Teacher

Primary Contact Mother/Guardian Father/Guardian

Place of Employment

Cell #

Home #

Work #

Authorized persons to assume responsibility for school dismissal and provisions of care when a parent/guardian cannot be reached:

1. Phone Relationship

2. Phone Relationship

Insurance: Private - Name Medicaid/Medicare - Name None

PART I OR PART II MUST BE COMPLETED

PART I: TO GRANT CONSENT

I hereby give consent for the following medical care providers and local hospital to be called:

Doctor Phone

Dentist Phone

Hospital/Emergency Room

In the event reasonable attempts to contact me have been unsuccessful, I hereby give my consent for: 1) the administration of any treatment deemed necessary by above named doctors, or, in the event the designated practitioner is not available, by another licensed physician or dentist; and 2) the transfer of the child to any hospital reasonably accessible. This authorization does not cover major surgery unless the medical opinions of two other licensed physicians or dentists, concurring in the necessity for such surgery, are obtained prior to the performance of such surgery.

Signature of Parent/Guardian Date

PART II: REFUSAL TO CONSENT

I do NOT give my consent for emergency medical treatment of my child. In the event of illness or injury requiring emergency treatment, I wish the school authorities to take the following action:

[Blank lines for action]

Signature of Parent/Guardian Date

\*\*\*\*\*

IMPORTANT NOTE:

STUDENTS WILL NOT BE ALLOWED TO ATTEND CLASS UNTIL ALL FORMS ARE COMPLETED, SIGNED, AND RETURNED TO THE SCHOOL OFFICE. ADDITIONALLY, IMMUNIZATION RECORDS MUST BE ON FILE PRIOR TO THE FIRST DAY OF SCHOOL.

\*\*\*\*\*

COMPLETE BOTH SIDES

ST. HELEN SCHOOL  
**Health History** (Parent Fills Out)

Student's Name	Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Date of birth /   /
----------------	--	------------------------

**Student Health Conditions**

<input type="checkbox"/> <b>YES</b> , my child receives regular medical/health care for the following conditions:			<input type="checkbox"/> <b>NO</b> medical conditions
<input type="checkbox"/> Allergies	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Seizure disorder	
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Sickle cell anemia	
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Ear problem/hearing difficulty	<input type="checkbox"/> Skin conditions	
<input type="checkbox"/> Autism	<input type="checkbox"/> Emotional concerns	<input type="checkbox"/> Speech problems	
<input type="checkbox"/> Behavior concerns	<input type="checkbox"/> Headaches	<input type="checkbox"/> Traumatic brain injury	
<input type="checkbox"/> Birth/congenital malformations	<input type="checkbox"/> Heart problems	<input type="checkbox"/> Vision problems (glasses, contacts)	
<input type="checkbox"/> Bone/muscle/joint problems	<input type="checkbox"/> Hemophilia	<input type="checkbox"/> Other _____	
<input type="checkbox"/> Blood problems	<input type="checkbox"/> Juvenile arthritis	<input type="checkbox"/> Other _____	
<input type="checkbox"/> Bowel/bladder problems	<input type="checkbox"/> Lead poisoning	<input type="checkbox"/> Other _____	
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Migraines	<input type="checkbox"/> Other _____	
<input type="checkbox"/> Cystic fibrosis	<input type="checkbox"/> Neuromuscular disorder	<input type="checkbox"/> Other _____	

DOES YOUR CHILD HAVE ANY **LIFE THREATENING** ALLERGIES?    YES    NO (If yes, please list and describe symptoms.)

DOES YOUR CHILD USE AN **EPI-PEN**?    YES    NO

Please list any prescription medication that your child takes on a regular basis.		
Medication and dose	Time	Reason

\*\*\*\*\*  
**MEDICATION ADMINISTRATION**  
**MEDICATION WILL NOT BE ADMINISTERED AT SCHOOL UNLESS FORM A AND FORM B HAVE BEEN SIGNED AND DATED BY THE PROVIDER AND PARENT.**  
 \*\*\*\*\*

I release and agree to hold the St. Helen School Board, its officials, and its employees harmless from any and all liability foreseeable and unforeseeable for damages or injury resulting directly or indirectly from this authorization.

Signature of Parent/Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

*Updated: 02/02/2024*

Dirección		
Ciudad	Estado	Número de teléfono
Nombre del menor		

**Alergias, afecciones médicas o de salud especiales y alimentos médicos**

Llene esta sección de forma precisa y completa. Tenga presente que si su hijo/a tiene **actualmente** una enfermedad o afección médica que requiera que el personal de cuidado infantil realice atención específica para niños, como monitorear la afección, proveer tratamiento, cuidado o administrar medicamentos, se debe completar el "Plan de atención médica/física infantil para el cuidado infantil" JFS 01236 y mantenerse en el expediente en el programa/hogar.

¿Tiene su hijo/a alergias a alimentos, medicamentos o ambientales? *(marque todas las que correspondan)*  
 No  
 Sí - *marque todas las que correspondan*     Alimentos     Medicamentos     Ambiental    Enumere y explique:

¿Requieren las alergias de su hijo/a que el personal de cuidado infantil monitoree a su hijo/a en busca de síntomas para tomar medidas si ocurre una reacción o administrarle medicamentos de emergencia a su hijo/a? *(marque uno)*  
 No  
 Sí - se debe completar un "Plan de atención médica/física infantil para el cuidado infantil" JFS 01236.

¿Tiene su hijo/a un retraso en el desarrollo o una afección médica o de salud especial? *(marque uno)*  
 No  
 Sí - explique

¿Requiere la afección médica o de salud especial que el personal de cuidado infantil realice un procedimiento o realice un cuidado específico del niño/a, como monitorear los síntomas de su hijo/a o administrar medicamentos durante las horas de cuidado infantil? *(marque uno)*  
 No  
 Sí - se debe completar un "Plan de atención médica/física infantil para el cuidado infantil" JFS 01236.

¿Está usando su hijo/a actualmente algún medicamento o alimento médico? *(marque uno)*  
 No  
 Sí - explique

Si contestó sí ¿es necesario administrar este medicamento o alimento médico en el programa/hogar de cuidado infantil?  
 No  
 Sí - se debe completar y mantener en el expediente una "Solicitud para la administración de medicamentos" JFS 01217 para cada medicamento y se debe completar un "Plan de atención médica/física infantil para el cuidado infantil" JFS 01236 para el alimento médico.

¿Tiene su hijo/a alguna restricción dietética, incluidas aquellas por razones médicas, religiosas o culturales? *(marque uno)*  
 No  
 Sí - explique

¿Requiere esta restricción dietética una dieta modificada que elimine todos los tipos de leche líquida o un grupo de alimentos completo?  
 No  
 Sí - las instrucciones escritas del proveedor de atención médica del/de la niño/a deben estar en el expediente.  
 N/C - el programa no proporciona comidas ni meriendas al/a la niño/a.

Nombre del/de la niño/a

Enumere cualquier historial de hospitalización, cirugía ambulatoria o problemas de salud previos que serían necesarios para ayudar al personal o al personal médico en una situación de emergencia.

No corresponde

Enumere cualquier información adicional sobre su hijo/a que sería útil que el personal supiera, como los temores o las formas en que su hijo/a prefiere que lo consuelen.

No corresponde

Enumere cualquier información adicional sobre su hijo/a que sería útil que el personal supiera, como hábitos de alimentación o de sueño.

No corresponde

Enumere cualquier información adicional sobre su hijo/a que sería útil que el personal supiera, como rutinas especiales o necesidades de comportamiento.

No corresponde



This form meets Ohio Administrative Code. Programs may use this form or build their own.

Section I - Child Medical Information

Child's Name \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_ Height \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_

Immunizations:		Exempt from Immunization:	
Complete for Age	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Religious Conviction	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
In Process	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Health	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No
		Other	_____

Limitations or health conditions, including allergies, medications, and dietary restrictions.

[Empty box for limitations or health conditions]

Section II - Child Medical Statement Verification

Physician/Clinic/Hospital Name \_\_\_\_\_ Provider Address \_\_\_\_\_

Provider Phone Number \_\_\_\_\_ Provider City \_\_\_\_\_ Provider State \_\_\_\_\_ Provider Zip \_\_\_\_\_

Check box of examining medical professional:

- Physician
- Physician's Assistant
- Advanced Practice Nurse

*This child has been examined and is in suitable condition to participate in group care.*

Signature of Medical Professional \_\_\_\_\_ Date of Exam \_\_\_\_\_

Programs funded through the Ohio Department of Education must have written policies and procedures to ensure that children have received comprehensive health screenings and/or that families are informed of the importance of health screenings and the resources to obtain them.

Immunizations Record

Please get a list of your child's immunizations to date from your family doctor and include that here:

Records de Vacunas

Por favor obtenga el último record de vacunas de su hijo e incluyala aqui.

Child Screening Program  
Sarah Wrazen, Child Screening Specialist  
660 South Main Street  
Dayton, Ohio 45402  
937.528.6460 Email: s.wrazen@gesmv.org

For Office Use:

**CHILD CARE:**

Date of Admission:

0-3     3-6

County: \_\_\_\_\_

Typical

Referral: \_\_\_\_\_

Rescreen \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_     ASQ +SE     ITC

Rescreen Results: \_\_\_\_\_

**PERMISSION TO SCREEN**

Goodwill Easter Seats Miami Valley (GESMV) Child Screening Team has permission to perform an onsite developmental screening on my child and/or review my child's parent-completed Ages and Stages Questionnaires (ASQ). My child's early childhood program has permission to submit a screening for my child into the secure GESMV ASQ Online Enterprise System for review and follow-up on screening results. GESMV may release screening results and exchange information with my child's early childhood program. In the event of suspected delay or concern, GESMV has permission to make a referral and exchange information with Help Me Grow (applicable to children 0-36 months only), your child's home school district (children ages 3-5 years), and/or your child's physician (if physician contact information is listed below). Intervention services are voluntary programs and parents may accept or refuse participation once a Help Me Grow or school district professional contacts the family. If concerns are present on your child's screening, GESMV will attempt to contact you by phone or email to discuss these assessment options and gather additional developmental information. At times, GESMV may run general data reports to share with community stakeholders to determine the effectiveness and scope of the online screening partnership. This shared data will **NOT** include identifiable child information including names or family contact information.

\_\_\_\_\_ Male / Female (please circle)

**Child's Name**    (First)                      (Middle)                      (Last)

Date of Birth \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_    Number of Weeks Premature \_\_\_\_\_ (if under 2 yr.)

**LANGUAGES OTHER THAN ENGLISH SPOKEN IN THE HOME:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature of Legal Guardian

\_\_\_\_\_  
Phone (Best)

\_\_\_\_\_  
Legal Guardian's Name (Please Print)

\_\_\_\_\_  
Email

\_\_\_\_\_  
Relationship to Child

\_\_\_\_\_  
Ethnicity/Race (optional)

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

County \_\_\_\_\_ Home School District \_\_\_\_\_

In the event of a suspected developmental concern, a copy can be sent to your child's doctor/clinic:

Child's Doctor/Clinic Name \_\_\_\_\_ Street Name (Doctor) \_\_\_\_\_

- YES NO (please circle) Does your child receive any current intervention services?
- YES NO (please circle) Does your child have a current IFSP (Help Me Grow)?
- YES NO (please circle) Does your child have a current IEP for special needs preschool (school district)?
- YES NO (please circle) Does your child receive private therapy?

Birth Certificate

Please make a copy of your child's birth certificate and include that here.

Certificado de Nacimiento

Por favor obtenga una copia de certificado de nacimiento de su niño e incluyala aqui.