



Escuelas públicas de Ipswich

1 Lord Square, Ipswich, MA 01938 Teléfono: 978-356-2935 Fax: 978-356-0445

ESCUELA PRIMARIA

Lista de verificación de inscripción de estudiantes

Nombre completo del estudiante:

Fecha de nacimiento:

Grados de inscripción: __Jardín de infancia __1.º grado __2.º grado __3.º grado __4.º grado __5.º grado

Documentación de validación de residencia

Debe proporcionar UNO de cada lista

1. Prueba de residencia (marque una)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pago de la hipoteca o impuesto predial | <input type="checkbox"/> Recibo de pago de arrendamiento o alquiler |
| <input type="checkbox"/> Escritura | <input type="checkbox"/> Carta notariada del propietario (si no hay contrato de arrendamiento) |

2. Prueba de ocupación (marque una)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Factura de servicios públicos (gas, petróleo, electricidad, etc.) | <input type="checkbox"/> Proyecto de ley del impuesto especial |
| <input type="checkbox"/> factura de cable | |

3. Prueba de identificación del padre/tutor (marque una)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Licencia de conducir válida | <input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación con foto válida de Massachusetts |
| <input type="checkbox"/> Pasaporte | |

Los formularios de inscripción DEBEN incluir lo siguiente:

<input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento	<input type="checkbox"/> Encuesta sobre el idioma materno
<input type="checkbox"/> Registro de vacunación	<input type="checkbox"/> Formulario de etnicidad
<input type="checkbox"/> Examen físico más reciente (dentro del último año)	<input type="checkbox"/> Encuesta sobre el estatus militar
<input type="checkbox"/> Autorización para la divulgación de registros	<input type="checkbox"/> Historial médico
<input type="checkbox"/> Formulario de inscripción de estudiantes	<input type="checkbox"/> Actualización de salud/Autorización para tratamiento médico
<input type="checkbox"/> Formulario de inventario personal (SOLO para los grados K-5)	<input type="checkbox"/> Encuesta sobre la experiencia en la educación infantil temprana (SOLO K)
<input type="checkbox"/> Formulario de actualización de información de contacto	<input type="checkbox"/> Documentos de validación de residencia



Escuelas públicas de Ipswich

1 Lord Square, Ipswich, MA 01938 Teléfono: 978-356-2935 Fax: 978-356-0445

Autorización para la divulgación de expedientes estudiantiles

Grados 1-12

___ Escuela Conmemorativa Paul F. Doyon
216 Linebrook Road
Ipswich, MA 01938 (fax) 978-356-8574

Escuela Winthrop
Calle Central 65
Ipswich, MA 01938 (fax) 978-356-8739

Escuela secundaria de Ipswich
Calle Mayor 130
Ipswich, MA 01938 (fax) 978-412-8169

Escuela secundaria de Ipswich
Calle Mayor 134
Ipswich, MA 01938 (fax) 978-356-3720

Estudiantes
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nueva dirección: _____ Teléfono: _____

Dirección anterior: _____

De la antigua escuela: _____ Teléfono: _____

DIRECCIÓN: _____

A la nueva escuela: _____ Teléfono: _____

Dirección _____ Fax: _____

Archivos:

Los expedientes académicos se solicitan en caso de traslado, evaluación externa, admisión a estudios superiores o empleo.

Por la presente, solicito que los registros que se indican a continuación sean remitidos a/desde las Escuelas Públicas de Ipswich (como se indica anteriormente):

___ Todo el contenido del registro acumulativo, incluidos los que se enumeran a continuación

___ Registro de calificaciones

___ Resultados de las pruebas (estandarizados)

___ Registros de asistencia

Registros disciplinarios

___ Registros de salud

___ Actividades escolares

Registros de educación especial,
Planes educativos, evaluaciones

___ Otro

Firma autorizada: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Relación con el estudiante: ___ Padre Tutor legal ___ Alumno



Escuelas públicas de Ipswich

1 Lord Square, Ipswich MA 01938 Teléfono: 978-356-2935

Formulario de inscripción de estudiantes

1. Información del estudiante:

Nombre: _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____
Nombre preferido: _____ Género: _____ Grado de ingreso: _____) _____
Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____
Dirección particular: _____
Teléfono principal: _____ Dirección de correo electrónico: _____
Idioma(s) que se habla(n) en casa: _____

El estudiante vive principalmente con: _____

Otros niños en el hogar: _____ Fecha de nacimiento: _____

Por favor, especifique si el estudiante tiene un hermano o hermana en DOYON o WINTHROP (SOLO para inscripción en primaria): _____

¿El estudiante tiene lo siguiente?: ___ Plan de Educación Individualizada (PEI) ___ Plan de Adaptación 504

2. Información del padre, madre o tutor:

Padre/Madre 1: _____ Padre/Madre 2: _____

Domicilio: _____ Domicilio: _____

Teléfono principal: _____ Teléfono principal: _____

Segundo teléfono: _____ Segundo teléfono: _____

Correo electrónico: _____ Correo electrónico: _____

Ocupación: _____ Ocupación: _____

Lugar de
Empleo: _____

Lugar de
Empleo: _____

3. Contacto de emergencia:

Contacto de emergencia: _____ Parentesco: _____

Teléfono principal: _____ Segundo teléfono: _____

DIRECCIÓN: _____

Contacto de emergencia: _____ Parentesco: _____

Teléfono principal: _____ Segundo teléfono: _____

DIRECCIÓN: _____

4. Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA)

La Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA, por sus siglas en inglés), la ley federal relativa al acceso a los expedientes estudiantiles,

establece que: Una agencia o institución educativa deberá otorgar plenos derechos conforme a la Ley a cualquiera de los padres, a menos que se le haya proporcionado evidencia de que existe una orden judicial, una ley estatal o un documento legalmente vinculante relacionado con asuntos como el divorcio, la separación o la custodia que revoque específicamente estos derechos.

De manera similar, el Reglamento de Expedientes Estudiantiles de Massachusetts (603 CMR 23.00) define a un "padre" como: el padre o la madre del estudiante, su tutor legal o cualquier persona o agencia legalmente autorizada para actuar en nombre del menor, ya sea en lugar del padre, la madre o el tutor legal, o en conjunto con ellos. El término, tal como se utiliza en 603 CMR 23.02, incluye a un padre divorciado o separado, con sujeción a cualquier acuerdo escrito entre los padres o a una orden judicial que regule los derechos de dicho padre y que se haya notificado al director del centro escolar.

A partir de 1998, la ley de Massachusetts (Leyes Generales Capítulo 71, Sección 34H) especificaba procedimientos detallados que rigen el acceso a los registros de los estudiantes por parte de los padres que no tienen la custodia física de sus hijos.

Para que podamos aplicar adecuadamente las leyes de registro de estudiantes y comunicarnos con usted sobre noticias y eventos escolares relacionados con su hijo/a, por favor proporcione la siguiente información.

Marque una (1) de las siguientes opciones:

El estudiante vive con: Ambos Padres Padre 1: _____ Padre 2: _____

Tutor(es): _____

Los padres comparten la custodia de este niño.

Dirección del padre/madre 1: _____

Dirección del padre/madre 2: _____

Los padres no comparten la custodia. Sin embargo, el padre que no tiene la custodia puede tener acceso a los expedientes escolares, las reuniones con los profesores, las boletas de calificaciones, etc. (De lo contrario, como padre con la custodia, deberá proporcionar a la escuela la documentación legal que respalde su posición).

Existen problemas de custodia. (Por favor, hable con el director de la escuela).

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____



Escuelas públicas de Ipswich

1 Lord Square, Ipswich MA 01938 Teléfono: 978-356-2935

Formulario de inventario personal de la escuela primaria

La siguiente información ayudará a la escuela a comprender mejor a su hijo/a.

Por favor, marque cuáles de los siguientes síntomas observa en su hijo/a:

<input type="checkbox"/> morderse las uñas	<input type="checkbox"/> se desanima fácilmente	<input type="checkbox"/> egoísta
<input type="checkbox"/> chuparse el pulgar	<input type="checkbox"/> tiene muchos miedos	<input type="checkbox"/> excitable
<input type="checkbox"/> enuresis nocturna	<input type="checkbox"/> es independiente	<input type="checkbox"/> se enoja fácilmente
<input type="checkbox"/> pesadillas	<input type="checkbox"/> miedo a los extraños	<input type="checkbox"/> muy fácil de gestionar
<input type="checkbox"/> timidez	<input type="checkbox"/> es generoso con sus compañeros de juego	<input type="checkbox"/> es ordenado
<input type="checkbox"/> disposición alegre	<input type="checkbox"/> tiene muchos amigos	<input type="checkbox"/> es un líder
<input type="checkbox"/> duerme profundamente	<input type="checkbox"/> prefiere estar solo	<input type="checkbox"/> tiene celos
<input type="checkbox"/> se alimenta a sí mismo/a	<input type="checkbox"/> útil en casa	<input type="checkbox"/> juega con niños mayores
<input type="checkbox"/> solo juega con sus hermanos	<input type="checkbox"/> prefiere pasar tiempo frente a la pantalla en lugar de jugar	

¿A qué hora suele acostarse su hijo/a? _____ ¿Y levantarse? _____

¿Desayunan? _____ ¿Almuerzo? ¿Cena? _____

¿Desea hacer algún comentario sobre los hábitos alimenticios, el apetito, las comidas favoritas, etc., de su hijo/a?

¿Qué le gusta hacer a tu hijo/a cuando no está en el colegio?

¿Cuál ha sido la reacción de su hijo/a a experiencias grupales previas (campamento, preescolar, etc.)?



Escuelas públicas de Ipswich

1 Lord Square, Ipswich MA 01938 Teléfono: 978-356-2935

Formulario de inventario personal de la escuela primaria

Historia del desarrollo:

¿Hubo alguna dificultad relacionada con el embarazo o el parto de este niño? Si fue así, ¿cuál?

¿Fue un parto prematuro? _____ En caso afirmativo, ¿cuántas semanas/meses de prematuridad? _____

¿A qué edad su hijo/a...?

Primero, une las palabras: _____ Adquiere el control intestinal: _____

Primeros pasos: _____ Adquirir el control de la vejiga: _____

¿Tuvo algún problema, si es que tuvo alguno, para alimentar a su hijo durante la lactancia?

Nombre del pediatra: _____ Número de teléfono: _____

Fecha de la última visita al pediatra: _____

¿Cuál fue el motivo de la última vez que llevó a su hijo/a a un médico o clínica privada?

¿Llevas a tu hijo/a al dentista? _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Fecha de la última visita: _____

Nombre del dentista: _____ Número de teléfono: _____

¿Hay alguna inquietud u otro asunto que le gustaría comentar con el personal del colegio?

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____



Escuelas públicas de Ipswich

1 Lord Square, Ipswich MA 01938 Teléfono: 978-356-2935

Actualización de información de contacto

El sistema Blackboard Connect permite enviar dos tipos de mensajes: un mensaje informativo y un mensaje de emergencia. Un mensaje informativo se enviará únicamente al contacto telefónico principal y a la dirección de correo electrónico principal. Un mensaje de emergencia se enviará a todos los números de teléfono y direcciones de correo electrónico de contacto.

Por favor, indique a continuación su información de contacto en el orden en que desea ser contactado. Indique si se trata de un número de teléfono fijo, móvil o del trabajo.

Números de teléfono

Utilizado para el sistema Blackboard Connect Outreach/Emergency

Contacto principal:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Por favor, marque una opción: Trabajo desde casa con el móvil

Segundo contacto:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Por favor, marque una opción: Trabajo desde casa con el móvil

Tercer contacto:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Por favor, marque una opción: Trabajo desde casa con el móvil

Dirección de correo electrónico

Utilizado para el sistema Blackboard Connect Outreach/Emergency

Contacto principal:

Nombre: _____ Correo electrónico: _____

Segundo contacto:

Nombre: _____ Correo electrónico: _____



Escuelas públicas de Ipswich

1 Lord Square, Ipswich MA 01938 Teléfono: 978-356-2935

Encuesta sobre el idioma materno

Las regulaciones del Departamento de Educación Primaria y Secundaria de Massachusetts exigen que todas las escuelas determinen el o los idiomas que se hablan en la escuela de cada estudiante. hogar para identificar sus necesidades lingüísticas específicas. Esta información es esencial para que las escuelas brinden una instrucción significativa a todos los estudiantes. Si un Si en su hogar se habla un idioma distinto al inglés, el distrito está obligado a realizar una evaluación más exhaustiva de su hijo. Por favor, ayúdenos a cumplir con este importante requisito. Para cumplir con este requisito, responda las siguientes preguntas. Gracias por su ayuda.

Información para estudiantes	
Nombre de pila _____	Segundo nombre _____
Apellido _____	Género <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Pais de nacimiento _____	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____
	Fecha de primera matriculación en cualquier escuela de EE. UU. (mm/dd/aaaa) _____
Información escolar	
Fecha de inicio en la nueva escuela (mm/dd/aaaa) _____	Nombre de la escuela anterior y ciudad _____
	Calificación actual _____
Preguntas para padres/tutores	
¿Cuál es el idioma principal que se utiliza en el hogar, independientemente de...? ¿Qué idioma habla el estudiante? _____	¿Qué idioma(s) se habla con su hijo/a? (incluir familiares —abuelos, tíos, etc.— y cuidadores) _____ rara vez / a veces / a menudo / siempre _____ rara vez / a veces / a menudo / siempre
¿Qué idioma entendió y habló primero su hijo/a? _____	¿Qué idioma utilizas más con tu hijo/a? _____
¿Cuántos años lleva el estudiante en escuelas estadounidenses? (sin incluir preescolar) _____	¿Qué idiomas habla tu hijo/a? (marca uno) _____ rara vez / a veces / a menudo / siempre _____ rara vez / a veces / a menudo / siempre
¿Necesitarás información escrita de la escuela en tu idioma nativo? ¿idioma? Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿qué idioma? _____	¿Necesitará un intérprete/traductor en las reuniones de padres y profesores? Y <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿qué idioma? _____
Firma del padre/tutor: _____	_____ /20 Fecha de hoy: (mm/dd/aaaa)



Escuelas públicas de Ipswich

1 Lord Square, Ipswich, MA 01938 Teléfono: 978-356-2935 Fax: 978-356-0445

Formulario de etnicidad del estudiante

Nombre del estudiante: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Por favor, responda a AMBAS preguntas, la 1 y la 2:

1. ¿Este estudiante es hispano o latino? (Por favor, elija solo una opción)

- No, no soy hispano ni latino
- Sí, hispano o latino (una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, u otra cultura u origen español, independientemente de la raza)

2. ¿Cuál es la raza del estudiante? (marque todas las que correspondan)

- Indígena americano o nativo de Alaska (una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Norteamérica). y Sudamérica, incluida Centroamérica, y que mantiene afiliación tribal o apego a la comunidad)
- asiático (una persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, el Sudeste Asiático o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam)
- Negro o afroamericano (una persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de África)
- Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico (una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico)
- Blanco (una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Oriente Medio o África del Norte)

Firma del padre/madre/tutor: _____

Fecha: _____



Escuelas públicas de Ipswich

1 Lord Square, Ipswich, MA 01938 Teléfono: 978-356-2935 Fax: 978-356-0445

Encuesta sobre el estatus militar

Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____

Massachusetts es miembro del Pacto Interestatal sobre Oportunidades Educativas para Niños de Familias Militares (ICEOMC). Este pacto es un acuerdo entre los estados de EE. UU. que busca eliminar las barreras al éxito educativo de los hijos de militares. El objetivo es facilitar la transición de estos niños mediante la estandarización de ciertas políticas educativas, como la inscripción escolar, la asignación de cursos y los requisitos de graduación, para reducir el impacto de los traslados frecuentes.

Complete este formulario SOLO si se cumple alguna de las siguientes condiciones:

En el hogar del estudiante hay un padre/tutor que (Marque todas las opciones que correspondan):

- Es miembro activo de los servicios uniformados, incluidos los miembros de la Guardia Nacional y la Reserva en servicio activo a tiempo completo y los miembros uniformados del Cuerpo de Oficiales Comisionados de la Armada Nacional Oceánica y Administración Nacional Oceánica y Atmosférica (NOAA) y Servicios de Salud Pública de los Estados Unidos (USPHS)
- ¿Es un miembro o veterano que ha sido dado de baja por razones médicas o se ha jubilado por un período de un año después de su baja? fecha de jubilación**
- ¿Es un miembro que falleció en servicio activo durante un período de un año después de la fecha de su fallecimiento?*

**Fecha de baja, jubilación, fallecimiento o despliegue: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____



Escuelas públicas de Ipswich

1 Lord Square, Ipswich, MA 01938 Teléfono: 978-356-2935 Fax: 978-356-0445

Bienvenidos a los Servicios de Salud de la Escuela Primaria de Ipswich

Por favor, complete los formularios de Actualización Anual de Historial Médico y Autorización para Tratamiento de Emergencia incluidos en este paquete. Además, incluya la siguiente información/documentación:

Comprobante de examen físico vigente expedido por el médico de cabecera de su hijo/a. El examen físico debe tener una antigüedad máxima de 13 meses a partir de la fecha

de inscripción. Cartilla de vacunación actualizada; consulte los requisitos a continuación. Para la exención de vacunas, la documentación correspondiente debe estar archivada antes de la inscripción, según la ley estatal. Formularios para padres y médicos de los alumnos que requieran medicamentos recetados durante el horario escolar. (Comuníquese con la enfermera escolar para obtener estos formularios).

Hib	De 1 a 4 dosis; el número de dosis depende del producto de la vacuna y de la edad a la que comienza la serie.
DTaP	4 dosis
Polio	3 dosis
Hepatitis B: 3 dosis	se aceptan pruebas de laboratorio de inmunidad.
MMR	1 dosis; debe administrarse en o después de la primera ^{celebración} cumpleaños; evidencia de laboratorio de dosis. 1 dosis aceptable de inmunidad
Varicela	1 dosis; debe administrarse el mismo día o ^{celebración} cumpleaños; una historia confiable de después de la primera varicela* o se aceptará evidencia de laboratorio de inmunidad.

Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con la enfermera escolar específica de su hijo/a.

Escuela Conmemorativa Paul F. Doyon: Mary Sforza, BSN, RN, (978) 356-5506

Escuela Winthrop: Jon Stafford, BSN, RN, (978) 356-2976

Escuelas públicas de Ipswich

Formulario de historial médico

Nombre del estudiante : _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Grado: _____

Alergias: Por favor, enumere y describa cualquier alergia (alimentaria, a medicamentos y/o ambiental):

Alergia	Reacción Incluir los desencadenantes de las alergias alimentarias	Tratamiento

Restricciones alimentarias (vegetariano, etc.): _____

Condiciones de salud (Marque todas las que correspondan):

<input type="checkbox"/> TDA/TDAH		<input type="checkbox"/> condición de salud mental	
<input type="checkbox"/> Asma/Afección respiratoria <input type="checkbox"/> Inhalador		<input type="checkbox"/> Afección neurológica	
<input type="checkbox"/> Autismo		<input type="checkbox"/> Operación	
<input type="checkbox"/> Trastorno sanguíneo		<input type="checkbox"/> Escoliosis	
<input type="checkbox"/> Lesiones dentales, aparatos de ortodoncia		<input type="checkbox"/> trastorno convulsivo	
<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> afección cutánea	
<input type="checkbox"/> Infecciones/deterioro del oído	Audífonos e implantes cocleares	<input type="checkbox"/> Condición del habla	
<input type="checkbox"/> Dolores de garganta frecuentes/estreptococos		<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias	
<input type="checkbox"/> afecciones gastrointestinales (enfermedad de Crohn, reflujo)		<input type="checkbox"/> Afección urinaria	
<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas		<input type="checkbox"/> Discapacidad visual	<input type="checkbox"/> Anteojos <input type="checkbox"/> Contactos
<input type="checkbox"/> Afección cardíaca		<input type="checkbox"/> Otro:	
<input type="checkbox"/> Hospitalización			

Medicamentos actuales: Si su hijo/a necesita algún medicamento durante la jornada escolar, póngase en contacto con la enfermera del colegio.

Es OBLIGATORIO completar los formularios para que se dispensen medicamentos durante el horario escolar.

	Nombre(s) y Dosis(es)
Entregado en la escuela:	
Tomada en casa:	

¿Existe alguna condición que impida a su hijo participar en clases de educación física o deportes?

En caso afirmativo, por favor describa: _____

¿Su hijo/a está siendo atendido/a por algún médico o profesional sanitario especialista?

En caso afirmativo, indique: _____

Por favor, indique cualquier otra inquietud o información pertinente: _____

Autorizo a la enfermera escolar a compartir información con el/los maestro/s del niño según sea necesario para el beneficio de mi hijo.

Las necesidades de salud y educación del niño. SÍ NO

Firma del padre/madre/tutor: _____ Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____



Escuelas públicas de Ipswich

1 Lord Square, Ipswich, MA 01938 Teléfono: 978-356-2935 Fax: 978-356-0445

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Dirección particular: _____

Padre/Tutor 1: _____ Parentesco: _____

Número de contacto principal: _____ Número de contacto secundario: _____

Padre/Tutor 2: _____ Relación: _____

Número de contacto principal: _____ Número de contacto secundario: _____

Persona de contacto local en caso de que no se pueda contactar con el padre/tutor: _____

Relación: _____ Número de teléfono: _____

Permiso para recibir medicamentos de venta libre (OTC)

La enfermera escolar tiene mi autorización para administrar los siguientes medicamentos (marque todos los que correspondan):

_____ Ibuprofeno (Advil, Motrin)

_____ Tums

_____ Tylenol (acetaminofén)

_____ Protector solar (SPF >30)

Jarabe para la tos (Robitussin)

_____ Repelente de insectos (<30 DEET)

Pastillas para la tos

_____ Otro:

Firma del padre/madre /tutor : _____ Fecha: _____

Consentimiento para la colaboración con profesionales médicos

Puede haber ocasiones en las que la enfermera escolar necesite contactar a su médico o dentista por motivos de salud.

Información. Si acepta esta comunicación, firme a continuación.

Autorizo a la enfermera escolar a contactar con el/los proveedor(es) de atención médica de mi hijo/a cuando sea necesario: SÍ NO

Firma: _____ Fecha: _____

Compañía aseguradora: _____ Médico: _____

Otras instrucciones/inquietudes: _____

POR LA PRESENTE AUTORIZO EL TRATAMIENTO DE EMERGENCIA PARA EL ESTUDIANTE ANTERIORMENTE MENCIONADO.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Si su información de contacto ha cambiado desde el año pasado, por favor indíquelo marcando aquí: _____

Encuesta sobre la experiencia en la educación infantil temprana

Marque la opción que mejor describa la experiencia preescolar de su hijo/a durante el año escolar.
antes de ingresar al jardín de infancia. Seleccione solo una opción e indique las horas, si corresponde. ¡Gracias!

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____

Mi hijo no tuvo ninguna experiencia formal en un programa de educación infantil temprana.

Mi hijo no tuvo experiencia formal en programas de educación infantil temprana, pero participó en un programa coordinado. _____
Servicios de Participación Familiar y Comunitaria (CFCE).

Mi hijo no tuvo experiencia formal en programas de educación infantil temprana, pero participó en un programa para padres e hijos.
Servicios del Programa de Atención Domiciliaria (PCHP).

Mi hijo no tuvo experiencia formal en programas de educación infantil temprana, pero participó en AMBOS. _____
Participación coordinada de la familia y la comunidad (CFCE) Y Programa de Hogar para Padres e Hijos (PCHP)
servicios.

Mi hijo/a asistió a un centro de cuidado infantil familiar con licencia (indique las horas a continuación).

___ menos de 20 horas por semana

___ más de 20 horas semanales

Mi hijo/a asistió a un programa en un centro (indique las horas a continuación).

___ menos de 20 horas por semana

___ más de 20 horas semanales

Mi hijo asistió tanto a un proveedor de cuidado infantil familiar con licencia como a un programa en un centro. _____
(Indique las horas a continuación)

___ menos de 20 horas por semana

___ más de 20 horas semanales

Definiciones:

Servicios coordinados de participación familiar y comunitaria (CFCE): programas locales que atienden a familias con niños desde el nacimiento hasta la edad escolar (por ejemplo, grupos de juego para padres e hijos, actividades para padres e hijos).

Programa Hogar para Padres e Hijos (PCHP): programa modelo de visitas domiciliarias financiado a través del Departamento de Educación y Cuidado Infantil Temprano.

Servicios de cuidado infantil familiar con licencia: se refiere al cuidado infantil con licencia del EEC en un entorno grupal en un hogar. Puede incluir el cuidado en el hogar de un familiar, si el proveedor es a la vez pariente y proveedor de cuidado infantil con licencia del EEC que atiende a niños de varias familias.

Cuidado en centros: se refiere al cuidado de niños en un entorno grupal, incluyendo preescolares públicos y privados, Head Start, guarderías y preescolares públicos integrados.