



MPTISD Child Development Center

1602 West Ferguson
Mt. Pleasant, TX 75455
903-575-2092

2020-2021 REGISTRATION APPLICATION

Please bring the following items with you to your **scheduled** appointment:

- Proof of Income (2019 Tax Return, &/or W2, check stubs, SSI, Child Support, &/or TANF)
- 2 Proofs of Residency (Gas, Water, Electric, Cable or Satellite/DISH Bill, lease agreement)
- Child's Birth Certificate
- Child's Social Security Card
- Child's Updated Immunization Record and current Physical Exam
- Parent/Guardian Driver's License or Identification
- Medicaid/CHIP/Private Insurance
- Food Stamp Letter/WIC letter
- **If applicable, provide documentation of:** Section 8 Housing, College Schedule, Child Services from Early Childhood Intervention (ECI), Home Health, or Titus County Shared Services Arrangement, Court Documents (Divorce/Custody/Guardianship/Kinship/Foster)
- **COMPLETED** Registration Application

Your registration application must be filled out **completely** BEFORE you appear for your **scheduled** appointment or your appointment will be **rescheduled**.

If you have questions concerning any documents requested please call 903-434-8545 BEFORE your scheduled appointment.

Your appointment is scheduled on: _____, _____ 2020 at _____ AM/PM



MPISD CENTRO de DESARROLLO INFANTIL

1602 West Ferguson
Mt. Pleasant, TX 75455
903-575-2092

2020-2021 Paquete de INSCRIPCIÓN

Favor de traer los siguientes documentos el día de su cita:

- Comprobante de ingresos (informe de impuestos del 2019, y/o la forma W2, SSI, Manutención del menor, TANF y talones de cheques)
- 2 pruebas de residencia (recibos de gas, agua, luz, cable o satélite/DISH, contrato de Inquilino)
- Acta de nacimiento original del niño
- Tarjeta de seguro social del niño
- Tarjeta más reciente de las vacunas y un examen físico y dental del niño
- Licencia de conducir o identificación del padre o tutor
- Tarjeta de Medicaid, CHIP o tarjeta de seguro médico
- Carta de las estampillas de comida y la tarjeta/Carta del WIC
- Vivienda de la sección 8 (si tiene)
- Horario del colegio (si tiene)
- Intervención Temprana en la Infancia (ECI)/Servicios de Salud a Domicilio (si tiene)
- Arreglos de Servicios por "Titus County Shared Services" (si tiene)
- Documentos de la corte (divorcio/custodia/tutela/parentesco/crianza) *si tiene*
- Aplicación de Inscripción **COMPLETA**

Su solicitud de inscripción debe ser llena por **completo** ANTES de presentarse a su **cita** o su cita será **reprogramada**.

Si usted tiene alguna pregunta o preocupación acerca de los documentos requeridos Favor de llamar al 903-434-8580 ANTES de su cita.

Su cita esta programada el: _____, _____ 2020 a la(s) _____ AM/PM

Household Members					
Last name	First name	Date of Birth	Social Security #	Male/ Female	Relationship
ADULTS IN HOUSEHOLD:					
CHILDREN IN HOUSEHOLD					
Last name	First name	Date of Birth	Social Security #	Male/ Female	Relationship
APPLICANT					
Other Assistance Received by Any Household Member					
Receiving WIC <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Receiving SSI <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Amount \$ _____	Receiving TANF <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No EDG #: _____	Receiving Child Support <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Monthly/weekly amount \$ _____		
Receiving Food Stamps <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		EDG# _____		Monthly Amount _____	
Receiving Foster care/Adoption subsidy Housing <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Monthly amount \$ _____		Receiving Unemployment <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Monthly amount \$ _____		Receiving Section 8/Government Housing <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Disability Status					
Suspected Disability/Concern about your child: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
If yes, please explain: _____					
Diagnosed Disability: Please provide documentation: <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP <input type="checkbox"/> Assessment					
Diagnostic Agency: _____					
Do you have any concerns about other children in your family who are not enrolling in the EHS/HS program who you suspect may have a disability? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
If yes, Child's name: _____			Date of Birth: _____		
Concern: _____					
I authorize the Child Development Center to receive and submit income verification information as it relates to the Head Start/PK income guidelines. I certify that the information, including income, provided in this application is accurate and truthful to the best of my knowledge.					
Signature of Parent/Guardian: _____				Date: _____	

Miembros de la Familia					
Apellido	Primer Nombre	Fecha de Nacimiento	# del Seguro Social	Masculino/ Femenino	Parentesco
ADULTOS EN LA FAMILIA:					
NIÑOS EN LA FAMILIA:					
Apellido	Primer Nombre	Fecha de Nacimiento	# del Seguro Social	Masculino/ Femenino	Parentesco
SOLICITANTE					
AYUDA RECIBIDA POR CUALQUIER OTRO MIEMBRO DE LA FAMILIA					
Recibe WIC <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Recibe SSI <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cantidad \$ _____	Recibe TANF <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No # de EDG _____	Recibe Manutención de menores <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Mensual/Semanal cantidad \$ _____		
Recibe estampillas de alimentos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		# de EDG _____	Cantidad mensual _____		
Recibe cuidado de crianza temporal/ Subsidio de Adopción <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cantidad mensual \$ _____	Recibe Desempleo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Cantidad mensual \$ _____	Recibe Ayuda de Vivienda Pública/ Vivienda de la Sección 8 <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Estado de Discapacidad					
Sospecha de Discapacidad/Preocupaciones: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Si es sí, favor de explicar: _____					
Discapacidad Diagnosticada: Favor de proveer documentos: <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP <input type="checkbox"/> Evaluación					
Agencia que le Diagnóstico: _____					
¿Tiene preocupaciones acerca de otros niños de la familia quienes no están matriculados en el programa EHS/HS y que usted sospecha que puedan tener una discapacidad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Si es sí, Nombre del niño: _____			Fecha de nacimiento: _____		
Preocupación: _____					
Yo autorizo al Centro de Desarrollo Infantil a recibir y transmitir verificación de la información de ingresos la cual se relacione a las normas de ingresos del programa de <i>Head Start</i> / Pre-Kínder. Incluyendo los ingresos, yo declaro que la información que ha sido proveída en esta aplicación es precisa y verídica.					
Firma de Padre/Tutor: _____			Fecha: _____		



ADMISSION INFORMATION

Purpose: Use this form to collect all required information about a child enrolling in day care.

Directions: The day care provider gives this form to the child's parent or guardian. The parent or guardian completes the form in its entirety and returns it to the day care provider before the child's first day of enrollment. The day care provider keeps the form on file at the childcare facility.

GENERAL INFORMATION

Operation's Name: MPISD Child Development Center		Director's Name: Jamie Cook	
Child's Full Name:	Child's Date of Birth:	Child Lives With: <input type="checkbox"/> Both parents <input type="checkbox"/> Mom <input type="checkbox"/> Dad <input type="checkbox"/> Guardian	
Child's Home Address:			
Name of Parent or Guardian Completing Form:		Address of Parent or Guardian (if different from the child's):	
List telephone numbers below where parents/guardian may be reached while child is in care.			
Parent 1 Telephone No.	Parent 2 Telephone No.	Guardian's Telephone No.	Custody Documents on File: Yes No
Give the name, address, and phone number of the responsible individual to call in case of an emergency if parents/guardian cannot be reached:			Relationship:
I authorize the childcare operation to release my child to leave the child care operation ONLY with the following persons. Please list name and telephone number for each. Children will only be released to a parent or guardian or to a person designated by the parent/guardian after verification of ID.			
Name and Phone Number:	Name and Phone Number:	Name and Phone Number:	
Relationship:	Relationship:	Relationship:	

CONSENT INFORMATION

CHECK ALL THAT APPLY:
TRANSPORTATION I give consent for my child to be transported and supervised by the operation's employees: <input type="checkbox"/> for emergency care <input type="checkbox"/> on field trips <input type="checkbox"/> to and from home <input type="checkbox"/> to and from school
FIELD TRIPS <input type="checkbox"/> I give consent for my child to participate in field trips. <input type="checkbox"/> I do not give consent for my child to participate in field trips.
Comments:
WATER ACTIVITIES I give consent for my child to participate in the following water activities: <input type="checkbox"/> water table play <input type="checkbox"/> sprinkler play <input type="checkbox"/> splashing/wading pools <input type="checkbox"/> swimming pools <input type="checkbox"/> aquatic playgrounds



INFORMACIÓN PARA LA INSCRIPCIÓN

Propósito: Use esta forma para recopilar toda la información necesaria para inscribir a un niño en un centro de cuidado de niños.

Instrucciones: El proveedor de cuidado de niños entrega esta forma al padre o tutor del niño. El padre o tutor llena toda la forma y la entrega al proveedor de cuidado de niños antes del primer día en que el niño esté inscrito. El proveedor de cuidado de niños conserva la forma en los archivos del centro.

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre de la Entidad: MPISD Centro de Desarrollo Infantil		Nombre de la directora: Jamie Cook	
Nombre completo del niño:	Fecha de nacimiento del niño:	El niño vive con: <input type="checkbox"/> Los dos padres <input type="checkbox"/> La madre <input type="checkbox"/> El padre <input type="checkbox"/> El tutor	
Domicilio del niño:			
Nombre del padre o tutor que llena la forma:		Domicilio del padre o tutor (si es diferente al domicilio del niño):	
Escriba a continuación los números de teléfono donde se pueden localizar a los padres o al tutor mientras el niño esté en el MPISD Centro de Desarrollo Infantil.			
Teléfono del padre 1	Teléfono del padre 2	Teléfono del tutor	Hay documentos sobre la custodia en el expediente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Indique el nombre, el domicilio y el teléfono de la persona responsable a la que hay que llamar en caso de emergencia cuando no pueda localizarse a los padres o al tutor:			Parentesco:
Autorizo al centro de cuidado de niños a entregar al niño SOLO a las siguientes personas. Indique el nombre y teléfono de cada una de ellas. Solo se entregará al niño al padre o tutor o a la persona designada por el padre o tutor, después de verificar su identidad.			
Nombre y número de teléfono:	Nombre y número de teléfono:	Nombre y número de teléfono:	
Relación:	Relación:	Relación:	

INFORMACION DE CONSENTIMIENTO

MARQUE TODO LO QUE APLIQUE:	
TRANSPORTE	
Yo doy mi consentimiento para que mi hijo sea transportado y supervisado por los empleados de la operación:	
<input type="checkbox"/> Para recibir atención médica de emergencia	<input type="checkbox"/> Para participar en excursiones escolares
<input type="checkbox"/> Para ida y vuelta a la casa	<input type="checkbox"/> Para ida y vuelta a la escuela
EXCURSIONES	
<input type="checkbox"/> Yo doy mi consentimiento para que mi niño participe en excursiones.	
<input type="checkbox"/> No doy mi consentimiento para que mi niño participe en excursiones.	
Comentarios:	

CONSENT INFORMATION

CIRCLE ALL THAT APPLY:

MEALS

I understand that the following meals will be served to my child while in care:

Breakfast Lunch Afternoon snack

DAYS AND TIMES IN CARE

My child is normally in care on the following days and times:

Day of the Week	AM		PM	
Monday	6:30-7:45am	7:45am	3:15pm	3:15-5:30pm
Tuesday	6:30-7:45am	7:45am	3:15pm	3:15-5:30pm
Wednesday	6:30-7:45am	7:45am	3:15pm	3:15-5:30pm
Thursday	6:30-7:45am	7:45am	3:15pm	3:15-5:30pm
Friday	6:30-7:45am	7:45am	3:15pm	3:15-5:30pm

AUTHORIZATION FOR EMERGENCY MEDICAL ATTENTION

In the event I cannot be reached to make arrangements for emergency medical care, I authorize the person in charge to take my child to:

Name of Physician:	Address:	Phone Number:
Name of Emergency Care Facility: Titus Regional Medical Center	Address: 2001 N. Jefferson, Mt Pleasant, TX	Phone Number: 903-577-6000

I give consent for the facility to secure any and all necessary emergency medical care for my child.

Signature - Parent or Legal Guardian

X

CHILD'S ADDITIONAL INFORMATION SECTION

List any special needs that your child may have, such as environmental allergies, food intolerances, existing illness, previous serious illness, injuries and hospitalizations during the past 12 months, any medication prescribed for long-term continuous use, and any other information which caregivers should be aware of:

Does your child have diagnosed food allergies? Yes No Plan submitted on:

SIGNATURES

Child's Parent or Legal Guardian:

X

Date Signed:

CDC Designee:

X

Date Signed:

INFORMACION DE CONSENTIMIENTO

MARQUE TODO LO QUE APLIQUE:

ACTIVIDADES EN EL AGUA

Yo doy mi consentimiento para que mi hijo participe en actividades de agua:

Juegos de mesa acuáticos Juegos con rociadores Chapoteaderos Albercas pequeñas para niños
Parques acuáticos

COMIDAS

Entiendo que se servirán las siguientes comidas al niño cuando esté en el centro:

Desayuno Almuerzo Merienda por la tarde

DÍAS Y HORARIOS DE PRESENCIA EN EL CENTRO

Normalmente, el niño estará en el centro en los días y horarios que se indican a continuación:

Día de la semana	A.M.		P.M.	
Lunes	6:30-7:45am	7:45am	3:15pm	3:15-5:30pm
Martes	6:30-7:45am	7:45am	3:15pm	3:15-5:30pm
Miércoles	6:30-7:45am	7:45am	3:15pm	3:15-5:30pm
Jueves	6:30-7:45am	7:45am	3:15pm	3:15-5:30pm
Viernes	6:30-7:45am	7:45am	3:15pm	3:15-5:30pm

AUTORIZACIÓN PARA LA ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

En caso de que no pueda localizarme para decidir sobre la atención médica de emergencia, autorizo a la persona encargada a llevar al niño a:

Nombre del doctor:	Dirección:	Teléfono:
Nombre del centro de atención de emergencia: Titus Regional Medical Center	Dirección: 2001 N. Jefferson, Mt Pleasant, TX	Teléfono: 903-577-6000

Yo doy consentimiento para que esta entidad se asegure de que mi hijo reciba toda la atención médica de emergencia necesaria.

Firma del padre o tutor legal

X

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL NIÑO

Indique cualquier necesidad especial que tenga el niño, como alergias ambientales, intolerancia a los alimentos, enfermedades actuales, enfermedades graves anteriores, lesiones y hospitalizaciones en los últimos 12 meses, medicamentos recetados para su administración continua y a largo plazo, y cualquier otra información que deban conocer sus cuidadores:

¿Le han diagnosticado al niño alguna alergia a los alimentos?: Sí No Plan presentado el:

FIRMAS

Firma del padre o tutor legal del niño: X	Fecha en que firmó:
Firma del empleado de CDC: X	Fecha en que firmó:



Mount Pleasant Independent School District

2230 N. Edwards P.O. Box 1117 Mt. Pleasant, TX 75456-1117

Texas Education Agency Texas Public School Student / Staff Ethnicity and Race Data Questionnaire

The United States Department of Education (USDE) requires all state and local education institutions to collect data on ethnicity and race for students and staff. This information is used for state and federal accountability reporting as well as for reporting to the Office of Civil Rights (OCR) and the Equal Employment Opportunity Commission (EEOC).

School district staff and parents or guardians of students enrolling in school are requested to provide this information. If you decline to provide this information, please be aware that the USDE requires school districts to use observer identification as a last resort for collecting the data for federal reporting.

Please answer both parts of the following questions on the student's or staff member's ethnicity and race. *United States Federal Register (71 FR 44866)*

Part 1. Ethnicity: Is the person Hispanic/Latino? (Choose only one)

- Hispanic/Latino** - A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race.
- Not Hispanic/Latino**

Part 2. Race: What is the person's race? (Choose one or more)

- American Indian or Alaska Native** - A person having origins in any of the original peoples of North and South America (including Central America), and who maintains a tribal affiliation or community attachment.
- Asian** - A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including, for example, Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam.
- Black or African American** - A person having origins in any of the black racial groups of Africa.
- Native Hawaiian or Other Pacific Islander** - A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands.
- White** - A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa.

Student/Staff Name (please print)

(Parent/Guardian)/(Staff) Signature

Student/Staff Identification Number

Date

This space reserved for Local school observer – upon completion and entering data in student software system, file this form in student's permanent folder.

Ethnicity – choose only one: _____ Hispanic / Latino _____ Not Hispanic/Latino	Race – choose one or more: _____ American Indian or Alaska Native _____ Asian _____ Black or African American _____ Native Hawaiian or Other Pacific Islander _____ White
Observer signature:	Campus and Date:

Texas Education Agency – March 2010

Phone (903) 575-2000 FAX (903) 575-2014 www.mpsid.net



Mount Pleasant Independent School District

2230 N. Edwards P.O. Box 1117 Mt. Pleasant, TX 75456-1117

Agencia de Educación de Texas Cuestionario de Información de Datos Raciales y Etnicidad de Estudiantes y Miembros del Personal de las Escuelas Públicas de Texas

El Departamento de Educación de Estados Unidos (USDE*) requiere que todas las instituciones estatales y locales de educación, recopilen datos sobre etnicidad y raza de los estudiantes y del personal. Esta información es utilizada para los reportes estatales y federales, así como para reportar a la Oficina de Derechos Civiles (OCR*) y a la Comisión de Igualdad en el Empleo (EEOC*).

Al personal del distrito escolar y los padres o representante legal de estudiantes que deseen matricularse en la escuela, se le requiere proporcionar esta información. Si usted rehúsa proporcionarla, es importante que sepa que el USDE requiere que los distritos escolares usen la observación para identificación como último recurso para obtener estos datos utilizados para reportes federales.

Favor de contestar ambas partes de las siguientes preguntas sobre la etnicidad y raza del estudiante así como del empleado. *Registro Federal de Estados Unidos (71 FR 44866).*

Parte 1. Etnicidad: ¿Es la persona Hispana/Latina? (Escoja solo una respuesta)

- Hispano/Latino** – Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centro o sudamericano u otra cultura de origen español, sin importar la raza.
- No Hispano/Latino**

Parte 2. Raza. ¿Cuál es la raza de la persona? (Escoja uno o más de uno)

- Indio Americano o Nativo de Alaska** – Una persona con orígenes, o de personas originarias de Norte y Sudamérica (incluyendo América Central), y que mantiene lazos o apego comunitario con una afiliación de alguna tribu.
- Asiático** – Una persona con orígenes o de personas originarias del Lejano Este, Sureste de Asia o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo a Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.
- Negro o afro-americano** – Una persona con orígenes de cualquier grupo racial negro de África.
- Nativo de Hawai u otras islas del pacífico** – Una persona con orígenes o de personas originarias de Hawai, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico.
- Blanco** – Una persona con orígenes de personas originarias de Europa, el Medio Este o el Norte de África.

Nombre del Estudiante/Empleado
(por favor use letra de imprenta)

Firma (Padre/Representante legal) /
(Empleado)

Número de Identificación del
Estudiante/Empleado

Fecha

Este espacio está reservado para el observador local de la escuela. – Hasta que se complete y capture los datos en la base de datos estudiantiles, archive ésta forma en la carpeta permanente del estudiante.

Etnicidad – escoja solo una:
____ Hispano / Latino
____ No Hispano/Latino

Raza – escoja una o más:
____ Indio Americano o nativo de Alaska
____ Asiático
____ Negro o afroamericano
____ Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico
____ Blanco

Firma del observador:

Campus y Fecha:

Agencia de Educación de Texas – Marzo 2016

*por sus siglas en inglés

Phone (903) 575-2000 FAX (903) 575-2014 www.mpisd.net

MOUNT PLEASANT INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

HOME LANGUAGE SURVEY-19 TAC Chapter 89, Subchapter BB, §89.1215
(Home Language Survey applicable ONLY if administered for students enrolling in pre-kindergarten through grade 12)

TO BE COMPLETED BY PARENT OR GUARDIAN FOR STUDENTS ENROLLING IN PREKINDERGARTEN THROUGH GRADE 8 (OR BY STUDENT IN GRADES 9-12): The state of Texas requires that the following information be completed for each student who enrolls in a Texas public school for the first time. It is the responsibility of the parent or guardian, not the school, to provide the language information requested by the questions below.

Dear Parent or Guardian:

To determine if your child would benefit from Bilingual and/or English as a Second Language program services, please answer the two questions below.

If either of your responses indicates the use of a language other than English, then the school district must conduct an assessment to determine how well your child communicates in English. This assessment information will be used to determine if Bilingual and/or English as a Second Language program services are appropriate and to inform instructional and program placement recommendations. If you have questions about the purpose and use of the Home Language Survey, or you would like assistance in completing the form, please contact your school/district personnel.

For more information on the process that must be followed, please visit the following website:

https://projects.esc20.net/upload/page/0084/docs/EL%20Identification_ReclassificationFlowchart%202018.pdf

This survey shall be kept in each student's permanent record folder.

NAME OF STUDENT: _____ STUDENT ID#: _____

ADDRESS: _____ TELEPHONE #: _____

CAMPUS: _____ Child Development Center _____

NOTE: PLEASE INDICATE ONLY ONE LANGUAGE PER RESPONSE.

1. What language is spoken in the child's home **most of the time**? _____

2. What language does the child speak **most of the time**? _____

Signature of Parent/Guardian

Date

Signature of Student if Grades 9-12

Date

NOTE: If you believe you made an error when completing this Home Language Survey, you may request a correction, in writing, only if: 1) your child has not yet been assessed for English proficiency; and 2) your written correction request is made within two calendar weeks of your child's enrollment date.

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE MOUNT PLEASANT
Cuestionario sobre el idioma que se habla en el hogar
19 TAC Chapter 89, Subchapter BB §89.1215

DEBE DE COMPLETARSE POR EL PADRE O TUTOR PARA ESTUDIANTES QUE CURSEN DESDE PREKINDER HASTA EL OCTAVO GRADO: (O POR EL ESTUDIANTE SI CURSA GRADOS DEL 9-12): El estado de Texas requiere que la siguiente información sea completada para cada estudiante que se matricula por primera vez en una escuela pública de Texas. Es la responsabilidad del padre o tutor, no de la escuela, proporcionar la información del idioma requerida por las siguientes preguntas.

Estimado padre o tutor:

Para determinar si su hijo(a) se beneficiara de los servicios de los programas bilingües y/o de inglés como segundo idioma, por favor responda las dos preguntas siguientes.

Si cualquiera de sus respuestas indica el uso de un idioma que no sea inglés, entonces el distrito escolar debe realizar una evaluación para determinar que tanto se comunica su hijo(a) en inglés. Esta información resultante de la evaluación se usará para determinar si los servicios de programas bilingües y/o de inglés como segundo idioma son apropiados e informará las recomendaciones en cuanto a la instrucción y la asignación del programa. Una vez completada la evaluación de su hijo(a), no se permitirán cambios a las respuestas en el cuestionario. Si tiene preguntas sobre el propósito y el uso del cuestionario sobre el idioma que se habla en el hogar, o si necesita ayuda para completar el cuestionario, por favor comuníquese con el personal del distrito escolar.

Para más información sobre el proceso que debe seguirse, por favor visite el siguiente sitio web:

https://projects.esc20.net/upload/page/0084/docs/EL%20Identification_ReclassificationFlowchart%202018.pdf

Este cuestionario se deberá archivar en el expediente permanente del estudiante.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ ID#: _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____

ESCUELA: Centro de Desarrollo Infantil

Nota: Indique sólo un idioma por respuesta.

1. ¿Qué idioma se habla en la casa de su hijo(a) **la mayoría del tiempo**? _____

2. ¿Qué idioma habla su hijo(a) **la mayoría del tiempo**? _____

Firma del padre o tutor

Fecha

Firma del estudiante si esta en los grados 9-12

Fecha

NOTA: Si cree que cometió un error al completar este cuestionario sobre el idioma que se habla en el hogar, puede solicitar una corrección, por escrito, solo si: 1) su hijo(a) aún no ha sido evaluado para el dominio del inglés; y 2) su solicitud de corrección por escrito se realiza dentro de las dos semanas calendario posteriores a la fecha de



Mount Pleasant Independent School District
Child Development Center

1602 West Ferguson Road • P.O. Box 1117 • Mount Pleasant • TX 75456-1117
Phone (903) 575-2092 • Fax (903) 575-2077 • www.mpisd.net

FAMILY SURVEY



Date: _____

Dear Parents,

In order to better serve your children, the Mount Pleasant school district would like to identify students who may qualify to receive additional educational services. **The information provided below will be kept confidential.** Please answer the following questions and return this survey form to your child's school.

Or, if you prefer, for more information, call: 903-575-2092

1. Have you moved within the last 3 years?
Yes _____ No _____

2. If yes, have you done agricultural or fishing related work since your move? (e.g., field work, canneries, lumbering, dairy work, meat processing, chicken processing plant)
Yes _____ No _____



3. Do you have family members between the ages of 16 and 21 who have left high school but not yet earned a GED?
Yes _____ No _____

If you answered "yes" to any of the questions above, an education representative may contact you to find out whether your child is eligible for additional educational services. Please provide the following information:

Name of child _____ Age _____ Grade _____

If your child is 18 years of age or older, please provide his/her telephone number: _____

Parent/Guardian Name:

Telephone Number:

Best Time to Contact You:



Mount Pleasant Independent School District
Child Development Center

1602 West Ferguson Road • P.O. Box 1117 • Mount Pleasant • TX 75456-1117
Phone (903) 575-2092 • Fax (903) 575-2077 • www.mpisd.net

ENCUESTA DE FAMILIA



Fecha: _____

Estimados padres,

Para mejorar los servicios educativos de sus hijos, el distrito escolar de Mount Pleasant quisiera identificar estudiantes que puedan calificar para recibir servicios educativos adicionales. **Toda la información proporcionada será mantenida confidencial.** Favor de responder a las siguientes preguntas y devolver esta forma a la escuela de su niño/a.

O, si prefiere, para más información, llame al: 903-575-2092

1. ¿Ha cambiado de residencia usted o alguien en su familia dentro de los últimos tres años?
Sí _____ No _____

2. Si usted contesto "sí" en la pregunta anterior, ¿ha trabajado usted en la agricultura o en la pesca?
(por ejemplo, la labor, fábrica de conservas, explotación de bosques, trabajo en la lechería, el proceso de carne de res o de pollo)

Sí _____ No _____



3. ¿Tiene familiares entre las edades de 16 y 21 años que han dejado la escuela secundaria , pero aún no obtenido un GED (diploma alternativo) ?
Sí _____ No _____

Si usted contestó "**Sí**," en las dos preguntas anteriores, un representante del distrito escolar se comunicará con usted para averiguar si su niño/a califica para servicios educativos adicionales. Favor de completar la siguiente información:

Nombre de su Niño/a: _____ Edad _____ Grado _____

Si su hijo/hija tiene 18 año o más, favor de proveer su número de teléfono: _____

Nombre del Padre/Guardián:

Número de teléfono:

La mejor hora para localizarlo:



Mount Pleasant Independent School District
2230 North Edwards Mount Pleasant, Texas 75455(903) 575-2000
Student Housing Questionnaire

Name of Student: _____
 First Middle Last

Name of Campus: _____ Grade: _____ Birthday: _____ Local ID: _____

The answers to the following questions can help determine the services this student may be eligible to receive under the McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435.

- 1. Is this student’s home address a temporary living arrangement, other than rental? ___Yes ___No
- 2. Is this a temporary living arrangement due to a loss of housing or economic hardship? ___Yes ___No
- 3. As a student, are you living with someone other than your parent or legal guardian? ___Yes ___No

If you answered “YES” to ANY of the above questions, please complete the remainder of this form.
If you answered “NO” to ALL of the above questions, you may stop here.

Where is this student currently living? *(Check box)*

- Student lives temporarily double-up (sharing residence with family or individual) at any time during the school year. (2)
- Student is unsheltered (i.e, lives on the street, lives in cars, parks, campgrounds, temporary trailers [including FEMA trailers], or abandoned buildings) at any time during current school year. (3)
- Student lives in a motel or hotel at any time during current school year. (4)
- Student lives in a shelter, transitional housing at any time during current school year. (5)

Address of Current Residence: _____
(OR)

Name of Motel / Shelter of Current Residence: _____
(OR)

Name of “GENERAL AREA” of Current Residence: _____

Phone Number or Contact Number: _____ Name of Contact: _____

Print Name of Parent(s)/Legal Guardians(s): _____
(Or unaccompanied youth)

Signature of Parent/Legal Guardian: _____ Date _____
(Or unaccompanied youth)

School Staff: Forward questionnaire to Homeless Support Staff; MPISD Administration Building; 2230 North Edwards, Mount Pleasant, TX 75455

(INITIAL)

_____ Ensure all items are complete, a contact number is listed and a Parent has signed the form. (There could possibly be a student signature in case of displaced youth.)

_____ Ensure only one box is checked that identifies where the student is living.

_____ Verify the application information and student’s enrollment through a direct phone call.

_____ Document the date _____, time _____, and person contacted _____ from the phone call

Comments: _____

Signature of Person Receiving and Verifying Questionnaires: _____ Date: _____

I certify the above named student qualifies for the Child Nutrition Program under the provision of the McKinney-Vento Act.

Homeless Education Liaison Signature

Date



Distrito Escolar Independiente de Mount Pleasant

2230 North Edwards Mount Pleasant, Texas 75455 (903) 575-2000

Cuestionario de Alojamiento Estudiantil

Nombre del Estudiante: _____
Nombre Segundo Nombre Apellido(s)

Escuela _____ Grado _____ Fecha de Nacimiento _____ Numero Local _____

Las respuestas a las siguientes preguntas pueden ayudar a determinar los servicios que el estudiante pueda recibir bajo la Acta McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435.

1. ¿Es temporal la dirección o lugar de residencia del estudiante, que no sea rentada? _____ Sí _____ No
2. ¿Su domicilio temporal se debe a la pérdida de su casa o dificultades económicas? _____ Sí _____ No
3. ¿Cómo estudiante, estás viviendo con otra persona que no es tu padre o guardián legal? _____ Sí _____ No

**Si contestó "SI" a CUALQUIERA de las preguntas anteriores, complete el resto del formulario.
Si contestó TODAS las preguntas anteriores con "NO", puede detenerse aquí.**

¿Dónde está viviendo el estudiante en estos momentos? (Marque la caja correspondiente)

- El estudiante vive temporalmente compartiendo (con más de una familia una casa o apartamento) en cualquier momento durante el año escolar. (2)
- El estudiante vive en un lugar que no está diseñado como vivienda (como un carro, el parque o área de campamento) en cualquier momento durante el año escolar actual. (3)
- El estudiante vive en un motel en cualquier momento durante el año escolar actual. (4)
- El estudiante vive en un refugio, hospedaje temporal (a través de agencia comunitaria) en cualquier momento durante el año escolar actual. (5)

Dirección de residencia actual: _____

^(O) Nombre del motel / albergue de residencia actual: _____

^(O) Nombre del "AREA GENERAL" de residencia actual: _____

Número de Teléfono o Número de Contacto: _____ Nombre del Contacto: _____

Nombre del Padre(s)/Guardián(es) legal(s): _____
(o joven sin compañía)

Firma del Padre(s)/Guardián(es) legal(s): _____
-(o joven sin compañía)

Personal Escolar de Verificación: Envíe el cuestionario al Personal de Soporte a Personas sin Hogar; MPISD Edificio de Administración; 2230 North Edwards, Mount Pleasant, TX 75455
(Anoté sus iniciales)

_____ Me aseguré de que todos los elementos estén completos, un teléfono de contacto aparece en la lista y que el padre haya firmado el formulario. (Podría ser posiblemente una firma del estudiante en el caso de los jóvenes refugiados.)

_____ Me aseguré de que solo una casilla esté marcada que identifica donde el estudiante está viviendo.

_____ Verifiqué la información de la solicitud y la matrícula del estudiante a través de una llamada telefónica directa.

_____ Documenté la fecha: _____ hora: _____, y persona contactada _____ de la llamada telefónica.

Comentarios: _____

Firma de la persona recibiendo y verificando los cuestionarios: _____ Fecha: _____

Certifico que el estudiante nombrado califica para el Programa de Nutrición de Niños bajo las provisiones del Acta McKinney-Vento.

Firma del Intermediario de Educación para Personas sin Hogar

Fecha

MPISD Child Development Center
Parent's Response Regarding Release of Student Information
Directory Information

The district is providing you this form so you can communicate your wishes about these issues. The MPISD Child Development Center has designated the following information as directory information:

- Student's name
- Address
- Telephone listing
- Photograph
- Date and place of birth
- Dates of attendance
- Most recent school previously attended
- Weight and height
- Enrollment status

Directory information identified only for limited school-sponsored purposes remains otherwise confidential and will not be released to the public without the consent of the parent or eligible student.

Parent: Please provide the following information and check one of the choices below:

I, parent of _____,
(Student's name)

- (give)** the district permission to use the information in the above list for the specified school-sponsored purposes, for the duration of my child's enrollment in the Child Development Center.
- (do not give)** the district permission to use the information in the above list for the specified school-sponsored purposes, for the duration of my child's enrollment in the Child Development Center.

Parent/Guardian Signature

Date

MPISD Centro de Desarrollo Infantil
Noticia con Referencia a la Información del Directorio y Contestación
de los Padres con Referencia a la Entrega de la Información del
Estudiante

El distrito ha establecido esta forma para que usted se comunique e indique sus deseos acerca de estos asuntos. El Centro de Desarrollo Infantil de MPISD ha designado la siguiente información como Información del directorio:

- Nombre del estudiante
- Domicilio
- Teléfono
- Fotografías
- Fecha y lugar de nacimiento
- Fechas de asistencia
- La escuela donde asistió recientemente
- Peso y estatura
- Estado de inscripción

La información identificada es solamente para propósitos escolares limitados se mantendrá confidencial y no será entregada al público sin el consentimiento del padre o del estudiante elegible.

Padre o Tutor: Favor de proveer la siguiente información y marcar una de las dos opciones de enseguida:

Yo, el padre de _____,

(Nombre del estudiante)

- (doy)** permiso al distrito que use información de la lista arriba para propósitos específicos patrocinados por la escuela, durante el tiempo que mi niño permanezca matriculado en el Centro de Desarrollo Infantil.
- (no doy)** permiso al distrito que use información de la lista arriba para propósitos específicos patrocinados por la escuela, durante el tiempo que mi niño permanezca matriculado en el Centro de Desarrollo Infantil.

Firma del padre/tutor

Fecha



**PARENT/GUARDIAN PERMISSION FORM
FOR PUBLISHING STUDENT PHOTOS, VIDEO, INTERVIEWS
AND STUDENT WORK IN THE MEDIA
2020-2021**

Mount Pleasant ISD is proud to feature our students in the media. With your permission, we would like to publish your child's name and photograph and/or student work in the media as well as allow your child to give interviews to various media outlets and appear in the yearbook.

Please note that media includes the following:

- Television stations
- Radio stations
- Community & campus newspapers
- Community & campus newsletters
- Promotional publications
- Web sites & Social Media Sites

I understand that the purpose for sharing this information is to inform the community about activities in MPISD. I understand that my child's photos, student work or interviews could appear in the media. I understand that my child will be identified by first and last name.

_____ I (*give*) my permission for my child's name, photograph, interview, and/or student work to be published in the media.

_____ I (*do not give*) my permission for my child's name, photograph, interview, and/or student work to be published in the media.

Signature of Parent or Guardian: _____

(Please print the information below)

Child's Name: _____

School: Child Development Center

Date: _____



PERMISO DE PADRES O TUTORES PARA PUBLICACIÓN DE FOTOS, VIDEOS, ENTREVISTAS Y PROYECTOS DE ESTUDIANTES EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

2020-2021

Es un orgullo para el Distrito Escolar de Mount Pleasant destacar a sus estudiantes en los medios de comunicación. Con su permiso, nos gustaría publicar el nombre, la fotografía y los proyectos de su hijo o hija en los medios de comunicación cuando sea apropiado. Incluso, nos gustaría que permitiera a su hijo o hija dar entrevistas a los varios medios de comunicación y ser incluido en el anuario estudiantil.

Por favor tome nota que los medios de comunicación incluyen:

- Estación de televisión
- Emisora de radio
- Periódicos de la comunidad y de la escuela
- Boletín de noticias de la comunidad y de la escuela
- Publicaciones promocionales
- Sitios de red y redes sociales

Entiendo que el propósito de compartir esta información es de proveer información a la comunidad sobre las actividades del Distrito de Mount Pleasant. Entiendo que la foto, el proyecto o la entrevista de mi hijo o hija pueden ser publicados. Entiendo que mi hijo o hija puede ser identificado por su primer nombre y apellido.

_____ *(Doy)* mi permiso para que el nombre, la fotografía, la entrevista o el proyecto de mi hijo o hija se publiquen en los medios de comunicación.

_____ *(No doy)* mi permiso para que el nombre, la fotografía, la entrevista o el proyecto de mi hijo o hija se publiquen en los medios de comunicación.

Firma del padre o tutor: _____

(Favor de escribir abajo en letra de molde.)

Nombre del niño(a): _____

Escuela: Centro de Desarrollo Infantil Fecha: _____

**Child Development Center
Transportation Permission**

Child's Name _____

During the school year, classes will plan educational field trips throughout the community, which are related to the classroom curriculum. Field trips are a valuable experience that increases vocabulary and overall cognitive development.

All trips will be taken in Durham Transportation Services buses, which meet Texas Education Agency standards for student transportation. These trips will be well planned and all precautions will be taken to prevent any accidents.

I understand neither the school, nor MPISD, can assume responsibility for any accident involving my child while on the excursion. I understand that Mt. Pleasant ISD and its employees may not be held responsible for accidents.

I give my permission for my child to travel via school provided transportation in conjunction with Durham Transportation Services to any school related activity organized by the MPISD Child Development Center while my child is enrolled.

I further give permission for any school official to seek medical attention for my child should such be deemed necessary, and I will inform school nurse of any needed medications on trips.

Parent/Guardian Signature

Date

**Centro de Desarrollo Infantil
Permiso de Transporte**

Nombre del estudiante _____

Durante el año escolar las clases hacen planes para unas excursiones educativas que están relacionados a los temas de estudio por toda la comunidad ó ciudad. Las excursiones son experiencias valerosas para aumentar el vocabulario y el desarrollo cognitivo.

Todos los viajes se harán en autobuses de los “Servicios de Transporte Durham” vehículos del distrito escolar que satisfacen los requisitos del la Agencia Educativa de Texas para la transportación de estudiantes. Estas excursiones estarán bien planeados y todas las precauciones necesarias se harán para prevenir algún accidente.

Yo entiendo que ni la escuela de *Head Start* ni el Distrito Escolar Independiente de Mt. Pleasant no puede asumir la responsabilidad por cualquier accidente que incluya mi niño mientras participe en un viaje escolar. Yo doy permiso para que el niño mencionado(a) arriba participe en los viajes escolares durante el año escolar.

Doy permiso que mi hijo viaje en el transporte proveido por la escuela en conjunto con los Servicios de Transporte Durham” a toda las actividades escolares y organizadas por el Centro de Desarrollo Infantil del Distrito Escolar Independiente de Mt. Pleasant, mientras mi niño está matriculado.

También doy permiso que cualquier empleado de MPISD busque atención médica para mi hijo/a si es necesario en caso de emergencia e informaremos a la enfermera de medicamentos necesario.

(Firma de los padres ó apoderado)

(Fecha)

2020-2021

Bus /Transportation Information Durham Transportation Services (Head Start & PK ONLY)

Child's Name _____ Date of birth _____

Physical Address _____

City _____ State _____ Zip _____

Home phone _____ Cell phone _____

How will your child
get to school?

How will your child
get home?

Pick Up address: _____

Drop Off address: _____

Driving directions for bus to **pick** me up
(Please be very specific):

Driving directions for bus to **drop** me off
(Please be very specific):

Any person that will receive the child off the bus **MUST** be listed on your child's *Release To List* at the Child Development Center. Authorized *Release To* persons must show a photo ID in order to receive the child off the bus. Any person not on this list will not be able to accept the child. Please complete this information IN PERSON at the Child Development Center front desk. Changes may not be made over the phone.

For your child's safety, students are encouraged to board bus with a bus tag. If the child does not have the bus tag, a temporary tag will be made by the bus monitor.

I have read the School Bus Rules and agree to the terms and conditions for receiving transportation services through Durham School Transportation Services.

Parent/Guardian Signature _____

Date _____

For office use:
Pick Up Bus # _____ Drop Off Bus # _____
ETA : _____ ETA: _____
Entered by: _____ date: _____

Información de Transporte del autobús Servicios de Transporte Durham (Head Start y PK solamente)

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____

¿Cómo llegará el estudiante
a la escuela?

¿Cómo llegará el
estudiante a la casa?

Domicilio de recoger: _____

Domicilio de llevar: _____

Instrucciones para que el autobús **recoja**
al estudiante (Por favor especifique):

Instrucciones para que el autobús **lleve**
al estudiante (Por favor especifique):

Todas las personas que recibirán al niño del autobús **DEBEN** estar en la *Lista de Personas para Recoger a su hijo* en el Centro de Desarrollo Infantil. *Autorizado para liberar* a las personas debe de mostrar una identificación con foto para poder recibir al niño del autobús. Cualquier persona que no en esté en esta lista no podrá bajar al niño del autobús. Favor de llenar una forma con esta información **EN PERSONA** en la recepción del Centro de Desarrollo Infantil. Los cambios no se pueden hacer por teléfono.

Para la seguridad de su niño, los estudiantes son animados a abordar el autobús con una etiqueta para el autobús. Si el niño no tiene la identificación del autobús, una identificación temporal se hará por el monitor del autobús.

He leído las reglas del autobús escolar y estoy de acuerdo con los requisitos y condiciones para recibir servicios de transporte por medio de los "Servicios de Transporte Durham".

Firma del Padre/Tutor _____

Fecha _____

For office use:	
Pick Up Bus # _____	Drop Off Bus # _____
ETA : _____	ETA: _____
Entered by: _____ date: _____	

Mount Pleasant Independent School District
Child Development Center
Consent for Release of Information

I, _____
(Parent's name)

hereby authorize the Child Development Center to give information about my child

_____ (Child's name)

to any (Program / Agency / Person) that will help benefit the progress of my child's educational and developmental needs. I understand that all information required by Titus County elementary schools will be automatically transferred to the appropriate school zone at the end of the school year. The following information is included but **not limited** to permissible transfers:

- ✓ Home Language Survey
- ✓ Student Ethnicity & Race Data Questionnaire
- ✓ Copy of Birth Certificate
- ✓ Assessment Data
- ✓ Copy of Student Social Security Card
- ✓ Copy of Immunization Record
- ✓ Child Health History
- ✓ Copy of Parent Drivers License - Passport
- ✓ Copy of Student Progress Reports

Parent/Guardian Signature

Date

Distrito Escolar Independiente de Mount Pleasant
Centro de Desarrollo Infantil
Consentimiento para Proveer Información

Yo, _____
(Nombre de padres)

autorizo al Centro de Desarrollo Infantil de Mount Pleasant para que provea información acerca de mi hijo/a

(Nombre del niño/a)

A cualquier (Programa/Agencia/Persona) que pudiera ayudar a beneficiar el progreso de las necesidades educacionales y de desarrollo de mi hijo/a. Entiendo que toda la información solicitada por las escuelas primarias del Condado to Titus será transferida automáticamente a la zona escolar apropiada al final del año escolar. La siguiente información es incluida pero **no está limitada** a transferencias permitidas.

- ✓ Cuestionario del Idioma
- ✓ Cuestionario sobre Etnicidad y Raza
- ✓ Copia del Acta de Nacimiento
- ✓ Información sobre los resultados de exámenes
- ✓ Copia de la Tarjeta de Seguro Social del Estudiante
- ✓ Copia de la Tarjeta de Vacunas
- ✓ Historial Médico del niño/a
- ✓ Copia de la licencia de Conducir o Pasaporte de uno de los Padres
- ✓ Copia del informe del progreso del Estudiante

Firma del Padre o Guardián

Fecha

Child Development Center
Mt. Pleasant Independent School District
Consent for Assessment & Evaluation

I give permission for my child _____ to participate in assessment and evaluations throughout their enrollment in CDC programs. All assessments and evaluations used will be reliable and valid instruments, and age-appropriate in both content and method of data collection. The assessment and evaluation instruments that will be used are the following:

Pre-LAS language screener given to a child that speaks a language other than English.

ASQ-3 is a screening tool used to measure personal-social, fine motor, gross motor, communication and problem-solving skills.

ASQ-SE is a social-emotional screening tool completed by parents with help from family services

LAP is the ongoing assessment tool we utilize to measure individual children's skill levels in the following developmental domains: Gross Motor, Fine Motor, Cognitive, Language, Self-Help, and Social- Emotional.

CLI is an ongoing assessment tool we utilize to measure individual children's skills in the following areas: Math, Social-Emotional, Approaches to Learning, Phonological Awareness, Literacy, Physical Development and Health.

Vision, hearing, and growth assessment will be administered to all children to ensure health and wellness for learning.

I understand that the results of testing will be used to identify any and all needs of my child. I will be notified of the results of all screening and evaluations.

It is also understood that my child's name will not be shared with anyone who is not directly involved with the study. The results will be used for program improvement, curriculum development and individualized instruction.

Child's Name: _____

Parent/Guardian Signature: _____

Date: _____

Centro de Desarrollo Infantil
Distrito Escolar Independiente de Mt. Pleasant
Consentimiento para Evaluaciones y Exámenes

Doy permiso que mi niño(a) _____
(Nombre de su niño)

participe en las evaluaciones y exámenes durante el tiempo que este matriculado en los programas del CDC. Todos los instrumentos para las evaluaciones y exámenes que se usen serán confiables y válidos, apropiados según la edad en contenido y en el método de recopilación de datos.

Pre-LAS: Discriminador de lenguaje dado a un niño que habla el idioma de inglés

ASQ-3: Es una herramienta para evaluar y medir el área personal-social, motor fino, motor grueso y las comunicación y resolución de problemas.

ASQ-SE: Es una herramienta para evaluar el área social-emocional es llena por los padres con la ayuda de servicios familiares.

E-LAP: Es una herramienta de evaluación continua que utilizamos para medir los niveles de habilidad individual de los niños en las siguientes etapas del desarrollo: Motor grueso, motor fino, cognitivo, lenguaje, autoayuda y social-emocional.

CLI: Es una herramienta de evaluación continua que utilizamos para medir los niveles de habilidad individual de los niños en las siguientes áreas: matemáticas, socioemocionales, enfoques de aprendizaje, conciencia fonológica, alfabetización, desarrollo físico y salud.

Una evaluación de la visión, la audición y el crecimiento se administrará a todos los niños para confirmar su salud y bienestar para el aprendizaje.

Entiendo que los resultados de la prueba se utilizarán para identificar alguna o todas las necesidades de mi niño. Se me notificarán los resultados de los exámenes y evaluaciones.

Entiendo que el nombre de mi niño no será compartido con nadie que no esté directamente trabajando en este estudio. Los resultados de los exámenes se usarán para mejorar el programa, plan de estudios e instrucción individualizada.

Nombre del Niño _____

Firma del Padre/Tutor _____

Fecha _____

**MPISD Child Development Center
Dress and Grooming Guidelines**

Child's Name _____

The Child Development Center has adopted the following guidelines for our students.

Allowable

Jeans, Pants, Capri Pants, Shorts

Skirts (with shorts or lycra pants worn underneath)

Tennis Shoes and socks

Boots-rubber or soft sole only

Not Allowable

NO Flip Flops. Shoes must fit securely to child's feet.

NO tattoos or body piercing

NO high heels or Sunday dress shoes

NO skate shoes

NO BACKPACKS: Children are not allowed to bring backpacks to school

I have read the dress and grooming guidelines for the Child Development Center and will bring my child appropriately dressed, so that he/she may be comfortable and ready to learn.

Parent/Guardian Signature

Date

MPISD Centro de Desarrollo Infantil
Normas del vestuario y aseo personal

Nombre del Niño _____

El Centro de Desarrollo Infantil ha adoptado las siguientes guías para el vestuario de nuestros estudiantes.

Permitido

Pantalones de mezclilla, pantalones, pantalones a la rodilla, pantalones cortos

Faldas (de preferencia usar un pantalón corto debajo de la falda)

Zapatos tenis y calcetines

Botas-suelos de hule solamente

No permitido

NO sandalias. Solo zapatos a la medida y que aseguren el pie del niño

NO tatuajes, aros o anillos en ninguna parte del cuerpo

NO arete(s) en los niños

NO zapatos de tacones altos o zapatos de vestir

NO zapatos para patinar

NO SE PERMITEN MOCHILAS: No se les permitirá a los niños traer mochilas a la escuela.

He leído las normas del vestuario y aseo personal del Centro de Desarrollo Infantil y traeré a mi niño vestido apropiadamente para que el/ella venga cómodo(a) y listo(a) para aprender.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

PARENT CONSENT FOR ANIMAL(S) IN THE CLASSROOM

Child's Name: _____

Type of Animal: Therapy Dog- Labradoodle

The animal will be in the classroom:

The therapy dog MAY visit the classroom throughout the full school year

Reasons/Benefits of having this animal in the classroom:

The benefits of having a therapy dog in the classroom include physical, social, cognitive, emotional and mental health benefits.

Health and/or safety risks of having this animal in the classroom:

Labradoodles are hypo-allergenic animals, which are less likely to cause allergic reactions. Children will never be forced to get near the therapy dog, and will not have to interact with the dog, if they are scared or fearful.

To be completed by Parent or Guardian:

Does your child have any health problems that would be affected by having contact with an animal? (such as asthma, allergies, or fears)	YES	NO
The risks and benefits of having this animal in the classroom have been explained to me.	YES	NO
I have been able to ask questions.	YES	NO
I have been given the opportunity to review the "Animals in the Classroom" policy and procedures.	YES	NO
I give permission to have this animal in my child's classroom.	YES	NO

I understand that I can discuss concerns about the animal with the teacher at any time during the school year.

Parent/Guardian Signature

Date

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES PARA LOS ANIMALES EN EL SALON

Nombre del estudiante: _____

Tipo de animal: Perro de terapia- labradoodle

El animal estará en el salón:

El perro de terapia PUEDE visitar el salón de clases durante todo el año escolar.

Razones/beneficios de tener este animal en el salón:

Los beneficios de tener un perro de terapia en el salón de clases incluyen beneficios físicos, sociales, cognitivos, emocionales y de la salud mental.

Riesgos de salud/y/o seguridad de tener este animal en el salón:

Los perros “labradoodles” son animales hipoalergénicos, que son menos propensos a causar reacciones alérgicas. Los niños nunca se verán obligados a acercarse al perro de terapia, y no tendrán que interactuar con el perro, si tienen temor o miedo.

Completado por el padre o tutor:		
¿Su hijo tiene algún problema de salud que se vería afectado por tener contacto con un animal? (como asma, alergias, o miedos)	SI	NO
Los riesgos y beneficios de tener este animal en el salón me han sido explicados.	SI	NO
He podido hacer preguntas?	SI	NO
Se me ha dado la oportunidad de revisar la política y los procedimientos de “los animales en el salón”.	SI	NO
Doy Permiso para tener este animal en el salón de mi hijo.	SI	NO

Entiendo que puedo discutir las inquietudes sobre el animal con el maestro en cualquier momento durante el año escolar.

Firma del padre/tutor

Fecha

Mount Pleasant Independent School District Child Development Center

Mental Health Consent Form

I, _____, grant my permission for the Mount
(Parent/Guardian's Name)
Pleasant Independent School District (MPISD) Child Development Center (CDC) to
have my child, _____, observed by a qualified mental
(Child's Name)
health professional in a classroom setting.

I understand according to the Early Head Start/Head Start (EHS/HS) Program Performance Standards and Regulations and the CDC Mental Health Procedures that a mental health professional must administer an annual on-site child observation and consult with staff and parents for the identification, understanding, and intervention of mental health issues.

I acknowledge that the EHS/HS and CDC programs have a written agreement for mental health services. A mental health professional will conduct a classroom observation within the first 45 days of my child's enrollment in EHS/HS or other CDC programs.

I understand if my child's behavior or healthy development becomes a concern during a mental health observation, the designated mental health professional will meet with me to discuss the concerns. In addition, I acknowledge if concerns need to be addressed or a follow up is needed/requested, this consent form will allow for additional observations to be performed throughout the school year.

I acknowledge that the Mental Health Observation Form and Mental Health Notes will remain confidential; and, only the persons listed on the CDC Statement of Confidentiality will have access to any mental health documentation.

I understand that within the first 45 days of school, I will complete an Ages & Stages Questionnaire: Social Emotional screener. A Mental Health professional will review questionnaires that indicate a concern. I acknowledge if my child's social-emotional competence is a concern the Mental Health professional will meet with me to discuss the concerns, and provide support as necessary.

Furthermore, I understand that a copy of the Mental Health Observation Form, Ages and Stages Questionnaire and notes may be retained by the designated mental health professional in the clinical files. However, the content of the Mental Health Observations, notes, or other related documents may not be released to anyone without legal process and/or prior parental approval.

(Parent/Guardian's Signature)

(Date)

Centro de Desarrollo Infantil del Distrito Escolar Independiente de Mount Pleasant

Forma de Consentimiento de la Salud Mental

Yo, _____ doy permiso al Centro de
(Nombre del Padre o Tutor)
Desarrollo Infantil (CDC) del Distrito Escolar Independiente de Mount Pleasant para que mi
niño(a) _____ sea observado en el salón de clase por un
(Nombre del Niño(a))
profesional autorizado en la salud mental.

Yo entiendo que de acuerdo con las normas y regulaciones de los programas de Early Head Start y Head Start (EHS/HS) y los procedimientos de la Salud Mental del Centro de Desarrollo Infantil, un profesional de la salud mental debe hacer una observación anual en la escuela y consultar con el personal escolar y los padres de familia para la identificación, la comprensión, y la intervención de asuntos de la salud mental.

Yo entiendo que los programas de EHS/HS han elaborado un acuerdo por escrito para los servicios de salud mental. Un profesional de la salud mental llevará a cabo una observación en el salón de clase dentro de los primeros 45 días de la registración de mi hijo(a) en el programa de EHS/HS u otros programas de CDC.

Yo entiendo que si el comportamiento o el desarrollo saludable de mi hijo(a) resulta ser una preocupación durante la observación de la salud mental, el profesional de la salud mental designado se reunirá conmigo para hablar acerca de estas preocupaciones. Además, yo entiendo que si estas preocupaciones necesitan tratarse más o darles seguimiento, esta forma para dar consentimiento permitirá que durante el año escolar se le hagan a mi hijo(a) observaciones adicionales.

Yo entiendo que la forma de observación de la salud mental y las notas de la salud mental se mantendrán de manera confidencial y solamente el personal mencionado en la forma de confidencialidad de la escuela tendrá acceso al expediente.

Yo entiendo que dentro de los primeros 45 días de clases, llenaré el cuestionario de evaluación de Edades y Etapas: Social y Emocional. Un profesional de la salud mental revisará los cuestionarios que indican alguna preocupación. Yo entiendo que si la capacidad social y emocional de mi hijo es una preocupación, el profesional de la Salud Mental; se reunirá conmigo para hablar acerca de las preocupaciones, y proveer el apoyo necesario.

Además, entiendo que el profesional de la salud mental designado tendrá una copia del formulario de observación de Salud Mental, el cuestionario de Edades y Etapas: Social y Emocional y las notas, los cuales se mantendrán en los archivos clínicos. Sin embargo, la información de las observaciones de salud mental, las notas u otros documentos relacionados no se le podrán entregar a nadie sin el proceso legal y/o un permiso anticipado del padre.

(Firma del Padre o Tutor)

(Fecha)

MPISD Child Development Center

Family Partnership Agreement

Parent Name: _____ Child Name: _____

Family Goal: Parent/Guardian will engage with Head Start/Early Head Start in a cooperative effort that promotes success for the child(ren) and family throughout their participation in the program.

Person Responsible: Parent/Guardian, CDC Staff, & Community Resource Agencies

Target Date: Year Round

Strategies:
<ul style="list-style-type: none">• Parent/Guardian collaborate as a family unit
<ul style="list-style-type: none">• Parent/Guardian, CDC staff, and community agencies will work together to develop working relationships
<ul style="list-style-type: none">• CDC staff and community agencies will assist families to register/enroll and provide additional services to maintain their child's enrollment with the MPISD Child Development Center

The Family Partnership Agreement process refers to the set of opportunities Head Start and Early Head Start offer families to develop and implement individualized goals. This process includes the responsibilities of families and staff, timetables, and strategies for achieving those goals. However, goal setting, implementation, and documentation of the process can be different for each program and each family.

The Child Development Center will conduct two Home Visits and two Parent Conferences annually to update the Parent/Guardian on the child's progress and to develop/follow up on families' individualized goals. The Family Services Staff look forward to working with families and assisting them to reach their goal(s).

We agree to work together to attain the goal(s) identified in the Family Partnership Agreement. Information shared with the Family Services Staff is strictly confidential unless authorized in writing by a parent or legal guardian to share.

Parent/Guardian Signature

____/____/____
Date

MPISD Centro de Desarrollo Infantil

Acuerdo de Asociación con la Familia

Nombre del Padre: _____ Nombre del Niño: _____

Meta de la Familia: El padre/tutor se comprometerá con el programa de Head Start/ Early Head Start en un esfuerzo cooperativo que promueve el éxito para el niño y la familia durante su participación en el programa.

**Personas Responsables: Los Padres, Personal del CDC, y
Agencias de recursos comunitarios**

Fecha límite: Todo el año

Estrategias o Pasos para alcanzar la meta
<ul style="list-style-type: none">• Los padres/tutores colaborarán como una unidad familiar
<ul style="list-style-type: none">• Los padres/tutores, el personal del CDC y las agencias comunitarias trabajarán juntos para desarrollar relaciones de trabajo
<ul style="list-style-type: none">• El personal del CDC y las agencias comunitarias ayudarán a las familias en la inscripción/matricula y continuarán proporcionando servicios adicionales para mantener al niño matriculado en el Centro de Desarrollo Infantil del MPISD

El proceso del Acuerdo de Asociación con la Familia se refiere al conjunto de oportunidades que ofrecen los programas de Head Start y Early Head Start a las familias para desarrollar e implementar metas individualizadas. Este proceso incluye responsabilidades de la familia y del personal, horarios y estrategias para alcanzar esas metas. Sin embargo, el proceso de fijar metas, implementación y documentación pueden ser diferentes para cada programa y cada familia.

El Centro de desarrollo infantil realizará dos visitas a domicilio y dos conferencias anualmente con los padres para actualizar a los padres/tutores acerca del progreso del niño y para desarrollar o dar seguimiento a las metas familiares individualizadas. El Personal de Servicios Familiares espera trabajar y ayudar a las familias a alcanzar sus metas.

Estamos de acuerdo en trabajar juntos para lograr la(s) meta(s) identificadas en el Acuerdo de Asociación con la Familia. La información compartida con el Personal de Servicios Familiares se mantendrá estrictamente confidencial a menos que haya una autorización por escrito por un padre o tutor legal.

Firma del Padre/Tutor

____/____/____
Fecha

ATTENDANCE POLICY & PROCEDURE

Child's Name:

Parents are to notify the center in advance, or call the reception desk to report the reason their child is absent **each day** they are not able to attend school. Parents may call the Child Development Center (CDC) between **6:30 and 8:00am**. Children who visit the doctor or dentist should present a doctor/dentist excuse form to the front desk when they return.

- Family Services Staff will attempt to make phone contact with each parent/guardian whose child is absent *without notification*, within one hour of the program start time.
- In the case that phone contact is not successful, on the second consecutive day of absence, Family Services Staff will attempt to make direct contact to ensure the child's well-being and determine if family assistance is needed.
- Family Service Staff will continue efforts to contact and engage families when absences are consecutive. If, after seven consecutive days of absences, parent/guardian is not able to be reached *and* does not attempt to communicate with the center, the CDC will consider the slot vacant.
- All contact with the child's family regarding attendance will be documented in the Child Plus software system.
- Family Service Staff will monitor individual attendance reports within the first 60 days of program operation and on an ongoing basis thereafter.
- Family Service Staff will communicate with families who have frequent absenteeism to educate families on the benefits of regular attendance and/or offer resources to support regular school attendance.
- The parent/guardian of a child who has patterns of absences that put them at risk of missing ten percent of the program days (*without justification*) per year, will meet with Management Staff to identify strategies to improve attendance.

Parent Signature

Date

POLIZA Y PROCEDIMIENTOS DE LA ASISTENCIA

Nombre del niño _____

Nombre del niño _____

Los padres deben llamar a la Recepción para informar el motivo de la ausencia de su hijo antes de las 8:00 am **cada día** que el niño no asista al Centro de Desarrollo Infantil (CDC). Los padres pueden llamar al Centro de Desarrollo Infantil dentro de las **6:30 a.m. y 8:30 a.m.** Los niños que visitaron al médico o al dentista deben presentar una forma de excusa del médico/dentista a la recepción.

- El Personal de Servicios Familiares intentara comunicarse por teléfono con cada padre/tutor cuyo hijo esté ausente, *sin notificación* a la recepción, dentro de la primera hora del tiempo de inicio de clases del programa.
- El Personal de Servicios Familiares hará una visita al hogar o hará otro contacto directo al segundo día consecutivo de ausencia para garantizar el bienestar del niño y determinar si la familia necesita asistencia.
- En el séptimo día consecutivo de faltas después de que se han hecho esfuerzos para volver a involucrar a la familia y restablecer la asistencia, el personal de Servicios Familiares automáticamente iniciará el procedimiento para dar de baja al niño. Si la asistencia no se restablece, el CDC considerará el lugar como vacante o disponible.
- Todo contacto con la familia del niño, así como los servicios de apoyo serán documentados en el sistema de Child Plus.
- Los informes de asistencia individual serán monitoreados dentro de los primeros 60 días de operación del programa y de manera continua a partir de entonces.
- El personal de Servicios Familiares se comunicará con las familias que tienen ausencias frecuentes para educar a las familias de los beneficios de la asistencia regular y/o ofrecer recursos para apoyar la asistencia regular a la escuela.
- El padre / tutor de un niño que tiene ausencias frecuentes y que ponen a riesgo perder el diez por ciento de los días del programa (*sin justificación*) por año escolar, se reunirá con el personal administrativo para identificar estrategias para mejorar la asistencia.

Firma del Padre

Fecha

Parental Health Consent Form

While my child _____, date of birth _____, is enrolled in the Child Development Center, I agree that:

My Child shall receive all necessary Health Screenings/Monitoring required by the Performance Standards and EPSDT Guidelines as scheduled. I understand that these screenings shall include, but are not limited to: developmental, height/weight, blood pressure, vision/ hearing, nutrition, physical and/or dental exams by qualified individuals. <i>Children need to be up-to-date on their immunizations to attend the program.</i>	
Parent/ Guardian Signature	Date

I consent to release any and all medical and/or developmental information to any (Program/ Agency/ Person) that will help benefit the progress of my child's educational, developmental or health needs.	
Parent/ Guardian Signature	Date

I understand that my child (with teeth) shall brush daily with fluoride toothpaste and infant's gums shall be wiped with gauze at the CDC Center under the direction and supervision of a trained staff member. Also, any grooming deemed necessary.	
Parent/ Guardian Signature	Date

I give permission to the CDC personnel to transport my child, in case of an emergency, to the local hospital or doctor's office. I will not hold MPISD/ CDC or its employees responsible for accidents or injuries suffered while being transported by school, private or public transportation. I understand and agree that MPISD and/or CDC will not be held responsible for injuries, illness or treatment payments.	
Parent/ Guardian Signature	Date

I give permission for my child to receive CPR/First Aid.	
Parent/ Guardian Signature	Date

Formulario de Consentimiento de salud de los padres

Mientras que mi niño _____, fecha de nacimiento _____, este en el Centro de Desarrollo Infantil yo estoy de acuerdo que:

Mi niño reciba todas las evaluaciones de salud necesarias y que sean vigiladas como es requerido por las normas de los Estándares del Desempeño y la lista de normas para los niños (EPSDT). Yo entiendo que estas evaluaciones incluirán, pero serán limitadas a; el desarrollo, altura, peso, presión de sangre, visión/audición, nutrición, examen físico y/o dental por individuos calificados. **Los niños deben tener sus vacunas al corriente o actualizadas para asistir al programa.**

Firma de Padre/Tutor	Fecha

Yo doy mi consentimiento para que la información médica y/o de desarrollo de mi niño sea compartida con el (programa/agencia/persona) que beneficiará el progreso de las necesidades de salud, educativas y desarrollo de mi niño.

Firma de Padre/Tutor	Fecha

Yo entiendo que mi niño (si tiene dientes) se cepillará los dientes diariamente con pasta dental que contiene fluoruro y las encías de los infantes se les limpiarán con una gasa en el Centro de Desarrollo Infantil bajo la dirección y supervisión de un empleado entrenado. Además se le arreglará el pelo como sea necesario.

Firma de Padre/Tutor	Fecha

Yo doy mi permiso al Centro de Desarrollo Infantil de transportar a mi niño en caso de una emergencia al hospital o a la oficina de un doctor local. Yo no haré al Centro de Desarrollo Infantil del Distrito Escolar Independiente (MPISD-CDC) ni a sus empleados responsables de accidentes ni heridas que sufran mientras es transportado por medio del transporte escolar, privado o público.

Yo entiendo que MPISD y/o CDC no asumirán la responsabilidad por cualquier accidente, enfermedad o pagos por tratamiento.

Firma de Padre/Tutor	Fecha

Yo doy mi permiso para que niño reciba Resucitación Cardiopulmonar (CPR/ Primeros Auxilios

Firma de Padre/Tutor	Fecha



HEALTH AND DEVELOPMENTAL HISTORY

Child's Name	Birth Date
--------------	------------

HEALTH INFORMATION

NAME OF CHILD'S DOCTOR: _____

HEALTH INSURANCE (please circle) Medicaid CHIP Private Insurance None

Does your child have any of the following?

Yes	No	Condition	If yes, describe:
		1. Asthma, Breathing or Lung Problems	
		2. History of serious accident	
		3. Frequent earaches or infections	
		4. Bowel/Bladder problems/patterns	
		5. Hearing concerns	
		6. Heart condition	
		7. Birth Defects	
		8. Seizures	
		9. Diagnosed Skin Condition	
		10. Diabetes	
		11. Blood, Bone or Joint disease	
		12. Vision concerns or wears glasses	
		13. History of hospitalization or surgeries	
		14. Other; Medical Conditions/Concerns	

MEDICATIONS

Yes	No	<i>Does your child take medication on a daily basis?</i>
		If yes, please list medications and times given:



HISTORIAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO

Nombre del Niño	Fecha de Nacimiento
-----------------	---------------------

INFORMACIÓN DE LA SALUD

NOMBRE DEL DOCTOR DEL NIÑO: _____

SEGURO MÉDICO: (favor de circular): Medicaid CHIP seguro privado ninguno

¿Tiene su niño alguna de las siguientes enfermedades?

Sí	No	Condición	Sí es sí, Explique:
		1. Asma, problemas respiratorios o del pulmón	
		2. Historial de serios accidentes	
		3. Infecciones o dolores del oído frecuentes	
		4. Problemas o costumbres de la vejiga o del intestino	
		5. Preocupaciones de audición	
		6. Condiciones del corazón	
		7. Defectos de nacimiento	
		8. Ataques o convulsiones	
		9. Condiciones de la piel diagnosticadas	
		10. Diabetes	
		11. Enfermedades de la sangre, huesos o articulaciones	
		12. Preocupaciones de la vista o usa gafas (lentes)	
		13. Historial de hospitalización o cirugías	
		14. Otras: preocupaciones del condiciones médicas	

MEDICAMENTOS

Sí	No	<i>¿Toma su niño medicamento diariamente?</i>
		Si la respuesta fue si, favor de hacer la lista de los medicamentos y el horario cuando se le da.



HEALTH AND DEVELOPMENTAL HISTORY CONTINUED

Child's Name	Birth Date
--------------	------------

Child's weight at birth: Lbs. _____ Oz. _____

Please answer the following questions:

Yes	No	
		Were you told that your child was born early or premature? If yes, how early was your child born?
		Were drugs, alcohol, or cigarettes part of family life during pregnancy?
		Was this a normal labor and delivery?
		Did child have any problems at birth? If "yes", explain:

ALLERGIES: Yes No

Check if your child has allergies or severe reactions to any of the following:

- Insect bites/ Bee stings Animals Medications Food Other

(Please specify)

Please describe your child's allergic reaction:

How do you treat your child's allergy?

Has the allergy been diagnosed by a doctor? Yes No

If your child has an allergy that has been diagnosed by a doctor, we will need documentation from your medical provider.

DENTAL

NAME OF CHILD'S DENTIST: _____

HEALTH INSURANCE (please circle) Medicaid CHIP Private Insurance None

Yes	No	
		Does your child have any dental problems, including cavities or major loss of teeth?
		Does your child complain about pain in the teeth or gums? If yes, please describe.



CONTINÚA EL HISTORIAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO

Nombre del Niño	Fecha de Nacimiento
-----------------	---------------------

Peso del Niño cuando nació: Lbs _____ Oz _____

Por favor, conteste las siguientes preguntas:

Sí	No	
		¿Se le dijo a usted que su niño nació antes de tiempo o prematuro? Si la respuesta fue sí, cuanto se adelantó el niño:
		¿Las drogas, el alcohol y los cigarrillos fueron parte de la familia durante el embarazo?
		¿Fue este un parto normal?
		¿Tuvo algunos problemas el niño al nacer? Si la respuesta fue sí, explique:

ALERGIAS: Sí No

Marque si su niño tiene alergias o reacciones severas a lo siguiente:

- Piquetes de Insectos/ Abejas Animales Medicamentos Comidas Otros

(Por favor especifique)

Por favor describa la reacción de la alergia de su niño

¿Cómo trata la alergia de su niño?

¿La alergia ha sido diagnosticada por un médico? Sí No

Si su niño tiene alguna alergia que ha sido diagnosticada por un doctor, necesitamos documentos del médico proveedor antes de que entre a la escuela.

DENTAL

NOMBRE DEL DENTISTA DE SU NIÑO: _____		
SEGURO DENTAL: (favor de circular): Medicaid, CHIP, seguro privado, Ninguno		
Sí	No	
		¿Su niño tiene problemas dentales; incluyendo caries o pérdida de dientes?
		¿Su niño se queja de dolor en los dientes o encías? Si la respuesta es sí por favor explique.



HEALTH AND DEVELOPMENTAL HISTORY CONTINUED

Child's Name	Birth Date
--------------	------------

NUTRITIONAL ASSESSMENT

Please answer the following questions:

Yes	No	
		Is your child receiving WIC?
		Does your child use a bottle?
		Does your child take vitamin or mineral supplements? If yes, what kind are they? _____
		Do they contain fluoride? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		Do they contain iron? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		Were they prescribed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		Do you have any concerns about your child's growth or diet?
		Are there any foods your child may not eat for cultural, ethnic or religious reasons? If yes, what are they?
		Is your child on a special diet or have any special needs regarding nutrition? If yes, please explain:

If your child has a special diet, we will need documentation from your medical provider

DEVELOPMENTAL INFORMATION

Difficult	Okay	Good	N/A	<i>How well does your child.....</i>
				Do tasks for self, like dressing, feeding, bathing?
				Use the toilet during the day? If your child needs help, please explain. Does your child wear diapers or training pants?
				Speaks so that he/she can be understood by others?
				Follow simple directions?
				Get along with other people?

Parent Signature X	Date
Health Staff Signature X	Date



CONTINÚA EL HISTORIAL DE LA SALUD Y EL DESARROLLO

Nombre del Niño	Fecha de Nacimiento
-----------------	---------------------

EVALUACIÓN NUTRICIONAL

Por favor, conteste las siguientes preguntas:

Sí	No	
		¿Su niño recibe WIC?
		¿Su niño toma biberón?
		¿Su niño toma vitaminas o suplementos de minerales? Si la respuesta es sí, ¿cuáles son? _____
		¿Contienen fluoruro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Contienen hierro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Fueron recetados (as)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		¿Tiene alguna preocupación acerca del crecimiento o la dieta de su niño?
		¿Hay algunos alimentos que su niño no puede comer por razones culturales, étnicas o religiosas? Si la respuesta es sí, explique:
		¿Tiene su niño una dieta especial o tiene algunas necesidades especiales relacionadas a la nutrición? Si la respuesta es sí, explique:

Si su niño tiene una dieta especial, necesitamos documentos del médico proveedor antes de que entre a la escuela

INFORMACIÓN DEL DESARROLLO

Dificultades	Bien	Muy bien	No Aplica	<i>Que tan bien hace lo siguiente su niño...</i>
				¿Hace los trabajos solo, como vestirse, comer, bañarse?
				¿Va al baño durante el día? Si su niño necesita ayuda por favor explique: ¿Su niño usa pañales o ropa para entrenamiento?
				¿Su niño habla de manera que otras personas le entiendan a él/ella?
				¿Su niño sigue instrucciones simples?
				¿Se lleva bien con otra gente?

Firma del Padre X	Fecha
Firma del Personal de la Salud X	Fecha



TB QUESTIONNAIRE

Name of Child _____ **Date of Birth** _____

Tuberculosis (TB) is a disease caused by TB germs and is usually transmitted by an adult person with active TB lung disease. It is spread to another person by coughing or sneezing TB germs into the air. These germs may be breathed in by the child.

Adults who have active TB disease usually have many of the following symptoms: cough for more than two weeks duration, loss of appetite, weight loss of ten or more pounds over a short period of time, fever, chills and night sweats.

A person can have TB germs in his or her body but not have active TB disease (this is called latent TB infection or LTBI).

Tuberculosis is preventable and treatable. TB skin testing (often called the PPD or Mantoux test) is used to see if your child has been infected with TB germs. No vaccine is recommended for use in the United States to prevent tuberculosis. The skin test is not a vaccination against TB.

We need your help to find out if your child has been exposed to tuberculosis.

Place a mark in the appropriate box:	Yes	No	Don't Know
TB can cause fever of long duration, unexplained weight loss, a bad cough (lasting over two weeks), or coughing up blood. As far as you know: has your child been around anyone with any of these symptoms or problems? or has your child had any of these symptoms or problems? or has your child been around anyone sick with TB?			
Was your child born in Mexico or any other country in Latin America, the Caribbean, Africa, Eastern Europe or Asia?			
Has your child traveled in the past year to Mexico or any other country in Latin America, the Caribbean, Africa, Eastern Europe or Asia for longer than 3 weeks? If so, specify which country/countries? _____			
To your knowledge, has your child spent time (longer than 3 weeks) with anyone who is/has been an intravenous (IV) drug user, HIV-infected, in jail or prison or recently came to the United States from another country?			

Has your child been tested for TB? Yes___ (if yes, specify date ___/___/___) No___
 Has your child ever had a positive TB skin test? Yes___ (if yes, specify date ___/___/___) No___

For school/healthcare provider use only

PPD administered Yes___ No___
 If yes,
 Date administered ___/___/___ Date read ___/___/___ Result of PPD test _____ mm response

Type of service provider (i.e. school, Health Steps, other clinics) _____

PPD provider _____
signature *printed name*

Provider phone number _____

City _____ County _____

If positive, referral to healthcare provider Yes___ No___

If yes, name of provider _____





CUESTIONARIO DE TUBERCULOSIS

Nombre del niño _____ **Fecha de Nacimiento** _____

La Tuberculosis (TB) es una enfermedad causada por gérmenes de TB y en la mayoría de los casos es transmitida por una persona adulta con tuberculosis pulmonar activa. Se transmite a otra persona por la tos y por el estornudo al expelir gérmenes de TB al aire que pueden ser respirados por los niños.

Los adultos que tienen la enfermedad activa casi siempre tienen varios de los siguientes síntomas: tos con duración de más de dos semanas, pérdida de apetito, pérdida de peso de diez libras o más en un período corto de tiempo, fiebre, escalofríos y sudores nocturnos.

Una persona puede tener gérmenes de TB en su cuerpo pero no tener la enfermedad activa. Esto se llama infección latente de TB (o LTBI por su sigla en inglés).

La TB es prevenible y curable. La prueba tuberculínica, también llamada PPD o prueba de Mantoux, se utiliza para saber si su niño o niña ha sido infectado/a con el germen de TB. No se recomienda ninguna vacuna para prevenir la tuberculosis. La prueba tuberculínica no es una vacuna contra la tuberculosis.

Necesitamos de su ayuda para saber si su niño/niña ha sido expuesto/a a la tuberculosis.

Marque la respuesta correspondiente:	Sí	No	No se sabe
La tuberculosis puede causar fiebre de larga duración, pérdida de peso inexplicable, tos severa (con más de dos semanas de duración), o tos con sangre. ¿Es de su conocimiento si: su niño o niña ha estado cerca de algún adulto con esos síntomas o problemas? su niño o niña ha tenido algunos de estos síntomas o problemas? su niño o niña ha estado cerca de alguna persona enferma de tuberculosis?			
¿Su niño o niña nació en México en o cualquier otro país de América Latina, el Caribe, Africa, Europa Oriental o Asia?			
¿Su niño o niña viajó a México o a cualquier otro país de América Latina, el Caribe, Africa, Europa Oriental o Asia durante el último año por más de 3 semanas? Si su respuesta es positiva, favor de especificar a qué país o países.			
¿Es de su conocimiento, si su niño o niña pasó un tiempo (más de 3 semanas) con alguna persona que es o ha sido usuario de droga intravenosa (IV), infectado por VIH, en la prisión, o haya llegado recientemente a los Estados Unidos?			

¿A su niño o niña se le ha realizado la prueba tuberculínica recientemente? Sí___ (si sí, especifique la fecha ___/___/___) No___
 ¿Su niño o niña alguna vez tuvo reacción positiva a la tuberculina? Sí___ (si sí, especifique la fecha ___/___/___) No___

Solamente para uso de la escuela o del proveedor de servicios médicos

¿Se administró PPD? Sí___ No___

Si sí,

Fecha en que fue administrada ___/___/___ Fecha de lectura ___/___/___ Resultado de la prueba ___ mm

Tipo de proveedor de servicio (ej.: escuela, Health Steps, otras clínicas) _____

Administrador de PPD _____
firma *nombre en letra de molde (imprenta)*

Número de teléfono del administrador de PPD _____

Ciudad _____ Condado _____

Si resultó positivo, ¿se refirió al proveedor de servicios de salud? Sí___ No___

Si sí, nombre del proveedor (médico o clínica, etc.) _____



PHYSICAL EXAM INSTRUCTIONS INSTRUCCIONES PARA EL EXAMEN FISICO



The form attached to this note needs to be filled out by a certified physician. It **must** be completed and returned with the enrollment packet on your appointment date.

Parents DO NOT fill out this form.

La forma adjunta a esta nota debe llenarse por un médico certificado. Esta forma **Debe** estar llena y regresarse con el paquete de inscripción en la fecha de su cita.

This page is left blank intentionally



Physical Exam

Doctor/ Health Care Provider: The Head Start Program requires that each child have a complete health exam. Please complete ALL areas, sign, and date this form. *Thank you.*

Child's Name/*Nombre del Niño*

Birthday/*Fecha de Nacimiento*

FOR CDC USE ONLY:

Program:

EHS (0-36 months)

Head Start (3-5 years)

Pre-K (3-5 years)

Classroom #: _____

Section 1 Physical Exam/Assessment

	Normal	Abnormal
Skin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EENT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuromuscular/Social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genitalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comments:

Doctor's Name *(Please Print)*

Address/Clinic

 City _____, TX Zip Code _____

Phone Number

Section 2-Standard Tests & Measurements

Blood Pressure _____ / _____ HR _____
 Height/Length _____ Weight _____ HC _____

Hgb & Lead are required at 12 months and **Lead** at 24 months or upon entering **Head Start**.

HGB or HCT _____ Date _____
 Lead Level _____ Date _____

Vision/Hearing: **Subjective** for EHS children
 Vision: Pass Fail Hearing: Pass Fail

Child is up-to-date on a schedule of age appropriate preventive and primary health care: Yes NO

Allergies: _____

Please indicate any significant past medical history (surgeries, injuries, PT, OT, etc...)

Please indicate if there are any concerns regarding mental health or cognitive delays.

Is the child currently being treated for any medical conditions? Please state diagnosis and medication.

I certify that I have examined the above child on this date and that he/she is able to participate in Early Head Start/Head Start/Pre-K activities.

Doctor/Health Care Provider Signature: _____ EXAM Date: _____



CHILD DEVELOPMENT CENTER

PO Box 1117 1602 W. Ferguson Rd

Mt. Pleasant TX 75455

(903)575-2092 fax (903)575-2077

