

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO

Fecha de solicitud: _____ Fecha de inscripción: _____ Último día de inscripción: _____

Atención proveedor: Esta información debe mantenerse actualizada en todo momento y debe archivarla durante un año después de que el niño ya no esté inscrito en el proveedor de cuidado de niños en el hogar.

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento del niño: _____
Dirección del niño: _____ Ciudad: _____ Código postal _____

Nombre de la madre: _____ Dirección: _____
Ciudad: _____ Código postal: _____
N.º de teléfono del hogar: (____) _____ N.º de celular: (____) _____
N.º de contacto de emergencia (____) _____ Dirección de correo electrónico: _____

Empleador de la madre: _____ N.º de teléfono del trabajo: (____) _____
Dirección del empleador de la madre: _____ Ciudad: _____ Código postal _____

Nombre del padre: _____ Dirección: _____
Ciudad: _____ Código postal: _____
N.º de teléfono del hogar: (____) _____ N.º de celular: (____) _____
N.º de contacto de emergencia (____) _____ Dirección de correo electrónico: _____

Empleador del padre: _____ N.º de teléfono del trabajo: (____) _____
Dirección del empleador del padre: _____ Ciudad: _____ Código postal _____

.....

Plan semanal de cuidado de niños de mi hijo:

<u>Días</u>	<u>Horarios</u>
Lunes _____	_____
Martes _____	_____
Miércoles _____	_____
Jueves _____	_____
Viernes _____	_____
Sábado _____	_____
Domingo _____	_____

Firma del padre, la madre o el tutor: _____ Fecha: _____

FORMULARIO DE PERMISO ESCRITO

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento del niño: _____

Dirección del niño: _____ Ciudad: _____ Código postal _____

Personas autorizadas para retirar al niño del proveedor de cuidado de niños en el hogar en nombre de los padres.

Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

N.º de teléfono: (____) _____ Relación _____

Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

N.º de teléfono: (____) _____ Relación _____

En una emergencia, adultos a los que se puede contactar y con quienes el niño podrá retirarse si no es posible comunicarse con los padres.

Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

N.º de teléfono: (____) _____ Relación _____

Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

N.º de teléfono: (____) _____ Relación _____

Proveedor de atención médica de emergencia del niño:

Nombre: _____ N.º de teléfono: (____) _____

Dirección _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Médico del niño: Nombre: _____ N.º de teléfono: (____) _____

Dirección _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Dentista del niño: Nombre: _____ N.º de teléfono: (____) _____

Dirección _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Mi proveedor de cuidado de niños en el hogar o sustituto aprobado tiene permiso para:

- Trasladar a mi hijo a cualquier actividad que se realice fuera del proveedor de cuidado de niños en el hogar. El proveedor es responsable de informarme los días y horarios de estas actividades ___ Sí ___ No
- Permitir que mi hijo participe en cualquier actividad que se realice fuera del proveedor de cuidado de niños en el hogar ___ Sí ___ No
- Trasladar a mi hijo en caso de una emergencia al proveedor de atención médica de emergencia, médico o dentista mencionados arriba u obtener atención médica en una emergencia en: _____ ___ Sí ___ No
(nombre del hospital o clínica de consulta sin cita previa)
- Incluir a mi hijo en natación cuando la natación recreativa es parte del programa del proveedor de cuidado de niños en el hogar ___ Sí ___ No Entiendo que soy responsable de indicarle estas disposiciones al proveedor
- Coordinar la transición de mi hijo hacia la escuela y desde ella, lo que incluye, entre otros, transporte, ubicaciones exactas para subir al autobús y para bajarse de él, y la supervisión que se proporcionará durante la transición ___ Sí ___ No Entiendo que debo proporcionar permiso e instrucciones por escrito que especifiquen estos arreglos.

Las disposiciones descritas en este formulario se han elaborado en consulta conmigo y mi proveedor de cuidado de niños en el hogar. ___ Sí ___ No

Firma del padre, la madre o el tutor: _____ **Fecha:** _____

Atención proveedor: Esta información debe mantenerse actualizada en todo momento. Lleve una copia de este formulario, el formulario de inscripción y el registro de evaluación de salud del niño durante cualquier actividad fuera de las instalaciones.



State of Connecticut Department of Education

Early Childhood Health Assessment Record

(For children ages birth – 5)



To Parent or Guardian: In order to provide the best experience, early childhood providers must understand your child’s health needs. This form requests information from you (Part I) which will be helpful to the health care provider when he or she completes the health evaluation (Part II). State law requires complete primary immunizations and a health assessment by a physician, an advanced practice registered nurse, a physician assistant, or a legally qualified practitioner of medicine, an advanced practice registered nurse or a physician assistant stationed at any military base prior to entering an early childhood program in Connecticut.

Please print

Child’s Name (Last, First, Middle)	Birth Date (mm/dd/yyyy)	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Address (Street, Town and ZIP code)		
Parent/Guardian Name (Last, First, Middle)	Home Phone	Cell Phone
Early Childhood Program (Name and Phone Number)	Race/Ethnicity	
Primary Health Care Provider:	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Black, not of Hispanic origin <input type="checkbox"/> Asian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> White, not of Hispanic origin <input type="checkbox"/> Other	
Name of Dentist:		
Health Insurance Company/Number* or Medicaid/Number*		
Does your child have health insurance?	Y N	
Does your child have dental insurance?	Y N	If your child does not have health insurance, call 1-877-CT-HUSKY
Does your child have HUSKY insurance?	Y N	

* If applicable

Part I — To be completed by parent/guardian.

Please answer these health history questions about your child before the physical examination.

Please circle **Y** if “yes” or **N** if “no.” Explain all “yes” answers in the space provided below.

Any health concerns	Y	N	Frequent ear infections	Y	N	Asthma treatment	Y	N
Allergies to food, bee stings, insects	Y	N	Any speech issues	Y	N	Seizure	Y	N
Allergies to medication	Y	N	Any problems with teeth	Y	N	Diabetes	Y	N
Any other allergies	Y	N	Has your child had a dental examination in the last 6 months	Y	N	Any heart problems	Y	N
Any daily/ongoing medications	Y	N				Emergency room visits	Y	N
Any problems with vision	Y	N	Very high or low activity level	Y	N	Any major illness or injury	Y	N
Uses contacts or glasses	Y	N	Weight concerns	Y	N	Any operations/surgeries	Y	N
Any hearing concerns	Y	N	Problems breathing or coughing	Y	N	Lead concerns/poisoning	Y	N
Developmental — Any concern about your child’s:						Sleeping concerns	Y	N
1. Physical development	Y	N	5. Ability to communicate needs	Y	N	High blood pressure	Y	N
2. Movement from one place to another	Y	N	6. Interaction with others	Y	N	Eating concerns	Y	N
			7. Behavior	Y	N	Toileting concerns	Y	N
3. Social development	Y	N	8. Ability to understand	Y	N	Birth to 3 services	Y	N
4. Emotional development	Y	N	9. Ability to use their hands	Y	N	Preschool Special Education	Y	N

Explain all “yes” answers or provide any additional information:

Have you talked with your child’s primary health care provider about any of the above concerns? Y N

Please list any **medications** your child will need to take during program hours:

*All medications taken in child care programs require a separate **Medication Authorization Form** signed by an authorized prescriber and parent/guardian.*

I give my consent for my child’s health care provider and early childhood provider or health/nurse consultant/coordinator to discuss the information on this form for confidential use in meeting my child’s health and educational needs in the early childhood program.	_____ Signature of Parent/Guardian	_____ Date
---	---------------------------------------	---------------

Part II – Medical Evaluation

Health Care Provider must complete and sign the medical evaluation, physical examination and immunization record.

Child's Name _____ Birth Date _____ Date of Exam _____
(mm/dd/yyyy) (mm/dd/yyyy)

I have reviewed the health history information provided in Part I of this form

Physical Exam

Note: *Mandated Screening/Test to be completed by provider.

*HT ____ in/cm ____% *Weight ____ lbs. ____ oz / ____% BMI ____ / ____% *HC ____ in/cm ____% *Blood Pressure ____ / ____
(Birth – 24 months) (Annually at 3 – 5 years)

Screenings

<p>*Vision Screening</p> <p><input type="checkbox"/> EPSTD Subjective Screen Completed (Birth to 3 yrs)</p> <p><input type="checkbox"/> EPSTD Annually at 3 yrs (Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment)</p> <p>Type: <u>Right</u> <u>Left</u></p> <p style="padding-left: 40px;">With glasses 20/ 20/</p> <p style="padding-left: 40px;">Without glasses 20/ 20/</p> <p><input type="checkbox"/> Unable to assess</p> <p><input type="checkbox"/> Referral made to: _____</p>	<p>*Hearing Screening</p> <p><input type="checkbox"/> EPSTD Subjective Screen Completed (Birth to 4 yrs)</p> <p><input type="checkbox"/> EPSTD Annually at 4 yrs (Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment)</p> <p>Type: <u>Right</u> <u>Left</u></p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Pass</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Fail <input type="checkbox"/> Fail</p> <p><input type="checkbox"/> Unable to assess</p> <p><input type="checkbox"/> Referral made to: _____</p>	<p>*Anemia: at 9 to 12 months and 2 years</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 70%;">*Hgb/Hct:</td> <td>*Date</td> </tr> </table> <p>*Lead: at 1 and 2 years; if no result screen between 25 – 72 months</p> <p>Lead poisoning (≥ 10ug/dL)</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	*Hgb/Hct:	*Date
*Hgb/Hct:	*Date			
<p>*TB: High-risk group? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>Test done: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Date: _____</p> <p>Results: _____</p> <p>Treatment: _____</p>	<p>*Dental Concerns <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> Referral made to: _____</p> <p>Has this child received dental care in the last 6 months? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>*Result/Level: _____ *Date _____</p> <p>Other: _____</p>		

***Developmental Assessment:** (Birth – 5 years) No Yes **Type:** _____

Results: _____

***IMMUNIZATIONS** Up to Date or Catch-up Schedule: **MUST HAVE IMMUNIZATION RECORD ATTACHED**

***Chronic Disease Assessment:**

Asthma No Yes: Intermittent Mild Persistent Moderate Persistent Severe Persistent Exercise induced

*If yes, please provide a copy of an **Asthma Action Plan***

Rescue medication required in child care setting: No Yes

Allergies No Yes: _____

Epi Pen required: No Yes

History/risk of Anaphylaxis: No Yes: Food Insects Latex Medication Unknown source

*If yes, please provide a copy of the **Emergency Allergy Plan***

Diabetes No Yes: Type I Type II **Other Chronic Disease:** _____

Seizures No Yes: Type: _____

This child has the following problems which may adversely affect his or her educational experience:
 Vision Auditory Speech/Language Physical Emotional/Social Behavior

This child has a developmental delay/disability that may require intervention at the program.

This child has a special health care need which may require intervention at the program, e.g., special diet, long-term/ongoing/daily/emergency medication, history of contagious disease. *Specify:* _____

No Yes This child has a medical or emotional illness/disorder that now poses a risk to other children or affects his/her ability to participate safely in the program.

No Yes Based on this comprehensive history and physical examination, this child has maintained his/her level of wellness.

No Yes This child may fully participate in the program.

No Yes This child may fully participate in the program with the following restrictions/adaptation: (Specify reason and restriction.) _____

No Yes Is this the child's medical home? I would like to discuss information in this report with the early childhood provider and/or nurse/health consultant/coordinator.

Signature of health care provider MD / DO / APRN / PA	Date Signed	Printed/Stamped Provider Name and Phone Number
---	-------------	---

Immunization Record

To the Health Care Provider: Please complete and initial below.

Vaccine (Month/Day/Year) _____

	Dose 1	Dose 2	Dose 3	Dose 4	Dose 5	Dose 6
DTP/DTaP/DT						
IPV/OPV						
MMR						
Measles						
Mumps						
Rubella						
Hib						
Hepatitis A						
Hepatitis B						
Varicella						
PCV* vaccine					*Pneumococcal conjugate vaccine	
Rotavirus						
MCV**					**Meningococcal conjugate vaccine	
Flu						
Other						

Disease history for varicella (chickenpox) _____		
(Date)	(Confirmed by)	
Exemption: Religious _____	Medical: Permanent _____	†Temporary _____ Date _____
‡Recertify Date _____	‡Recertify Date _____	‡Recertify Date _____

Immunization Requirements for Connecticut Day Care, Family Day Care and Group Day Care Homes

Vaccines	Under 2 months of age	By 3 months of age	By 5 months of age	By 7 months of age	By 16 months of age	16-18 months of age	By 19 months of age	2-3 years of age (24-35 mos.)	3-5 years of age (36-59 mos.)
DTP/DTaP/DT	None	1 dose	2 doses	3 doses	3 doses	3 doses	4 doses	4 doses	4 doses
Polio	None	1 dose	2 doses	2 doses	2 doses	2 doses	3 doses	3 doses	3 doses
MMR	None	None	None	None	1 dose after 1st birthday ¹	1 dose after 1st birthday ¹	1 dose after 1st birthday ¹	1 dose after 1st birthday ¹	1 dose after 1st birthday ¹
Hep B	None	1 dose	2 doses	2 doses	2 doses	2 doses	3 doses	3 doses	3 doses
HIB	None	1 dose	2 doses	2 or 3 doses depending on vaccine given ³	1 booster dose after 1st birthday ⁴	1 booster dose after 1st birthday ⁴	1 booster dose after 1st birthday ⁴	1 booster dose after 1st birthday ⁴	1 booster dose after 1st birthday ⁴
Varicella	None	None	None	None	None	None	1 dose after 1st birthday or prior history of disease ^{1,2}	1 dose after 1st birthday or prior history of disease ^{1,2}	1 dose after 1st birthday or prior history of disease ^{1,2}
Pneumococcal Conjugate Vaccine (PCV)	None	1 dose	2 doses	3 doses	1 dose after 1st birthday	1 dose after 1st birthday	1 dose after 1st birthday	1 dose after 1st birthday	1 dose after 1st birthday
Hepatitis A	None	None	None	None	1 dose after 1st birthday ⁵	1 dose after 1st birthday ⁵	1 dose after 1st birthday ⁵	2 doses given 6 months apart ⁵	2 doses given 6 months apart ⁵
Influenza	None	None	None	1 or 2 doses	1 or 2 doses ⁶	1 or 2 doses ⁶	1 or 2 doses ⁶	1 or 2 doses ⁶	1 or 2 doses ⁶

1. Laboratory confirmed immunity also acceptable
 2. Physician diagnosis of disease
 3. A complete primary series is 2 doses of PRP-OMP (PedvaxHIB) or 3 doses of HbOC (ActHib or Pentacel)
 4. As a final booster dose if the child completed the primary series before age 12 months. Children who receive the first dose of Hib on or after 12 months of age and before 15 months of age are required to have 2 doses. Children who received the first dose of Hib vaccine on or after 15 months of age are required to have only one dose
 5. Hepatitis A is required for all children born after January 1, 2009
 6. Two doses in the same flu season are required for children who have not previously received an influenza vaccination, with a single dose required during subsequent seasons

Initial/Signature of health care provider MD / DO / APRN / PA	Date Signed	Printed/Stamped Provider Name and Phone Number
---	-------------	---

REGISTRO DE INCIDENTES DEL CUIDADO DE NIÑOS

NOMBRE DEL NIÑO: _____

Importante: El propósito de este registro es registrar los accidentes, los incidentes que llevan a la elaboración de un informe al Department of Children & Families (Departamento de Niños y Familias), las observaciones que el proveedor hace del niño, las lesiones, las enfermedades y los comportamientos inusuales que ocurren en el proveedor de cuidado de niños en el hogar, y las conversaciones importantes con los padres.

Nota: Este registro deberá ponerse a disposición de la Oficina cuando se solicite, y deberá compartirse con los padres a más tardar el siguiente día hábil.

Fecha	Hora y lugar del suceso	Personas presentes	Descripción/medida tomada por el proveedor, incluidas, entre otras, traslado a la sala de emergencias de un hospital, al consultorio médico o a otro centro médico.

Numeros de Emergencia

BOMBEROS: 911 o

POLICIA: 911 o

AMBULANCIA: 911 o

OEC Division de Licencia de 1-800-282-6063

Cuidado de Niños: o 1-860-500-4450

Nombre de Proveedor de Emergencia:

Num. Tel:

Control de Envenenamiento: 1-800-222-1222

Departamento de

Niños y Familias : 1-800-842-2288

NOMBRE del NIÑO(A): **Comentarios:**

A. Nombre del Padre/Madre

 Trabajo: Hogar: Celular:

B. Nombre del Padre/Madre

 Trabajo: Hogar: Celular:**NOMBRE del NIÑO(A):** **Comentarios:**

A. Nombre del Padre/Madre

 Trabajo: Hogar: Celular:

B. Nombre del Padre/Madre

 Trabajo: Hogar: Celular:**NOMBRE del NIÑO(A):** **Comentarios:**

A. Nombre del Padre/Madre

 Trabajo: Hogar: Celular:

B. Nombre del Padre/Madre

 Trabajo: Hogar: Celular:**NOMBRE del NIÑO(A):** **Comentarios:**

A. Nombre del Padre/Madre

 Trabajo: Hogar: Celular:

B. Nombre del Padre/Madre

 Trabajo: Hogar: Celular:**NOMBRE del NIÑO(A):** **Comentarios:**

A. Nombre del Padre/Madre

 Trabajo: Hogar: Celular:

B. Nombre del Padre/Madre

 Trabajo: Hogar: Celular:**NOMBRE del NIÑO(A):** **Comentarios:**

A. Nombre del Padre/Madre

 Trabajo: Hogar: Celular:

B. Nombre del Padre/Madre

 Trabajo: Hogar: Celular: