

Aplicación para el Programa de Preparación con Prontitud
Un Programa de Preescolar Pagado por el Estado
 Un Programa de 4 Días
 TODA ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL

(Letra de Molde)

Nombre del niño(a) _____
 (Apellido) (1er. Nombre) (2do. Nombre)

Fecha de Nacimiento del niño(a) _____ Masculino ___ Femenino ___ Lugar de nacimiento _____

Número del Seguro Social del niño(a) _____ Última escuela que asistió _____

Con quien vive el niño(a) _____

Dirección _____
 (Número) (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfono del hogar _____ Teléfono de su empleo _____

Cuanto tiempo ha estado viviendo en esta dirección _____

Dirección anterior _____
 (Número) (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Cuanto tiempo vivió en esta dirección _____

Estado civil de los padres ___ Casado(a) ___ Soltero(a) ___ Divorciado(a) ___ Viudo(a) ___ Separado(a) ___

Nombres de personas que viven en su hogar:

Nombre	Parentesco	Sexo	Fecha de Nacimiento	Ultimo grado terminado	Votante registrado
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Nombre y teléfono de un adulto con el que nosotros podamos comunicarnos en caso de no poder comunicarnos con usted.

1ro. _____
 Nombre Parentesco con el estudiante Teléfono (Teléfono alternativo)

2do. _____
 Nombre Parentesco con el estudiante Teléfono (Teléfono alternativo)

Médico de familia Teléfono Dentista/Ortodontista Teléfono

¿Algún hermano, hermana o padre ha tenido alguna vez que recurrir a servicios de la escuela como, PPI, terapia del habla, consejería de maestros, etc.? ___SI ___NO

Si la respuesta es afirmativa-¿quien recibió los servicios? _____
 ¿Qué servicios? _____ ¿Cuánto tiempo? _____

¿Alguna enfermedad crónica de un padre o hermano? (Física, mental o emocional) ___Si ___No

Si la respuesta es SI, explique _____

¿Cuál es la lengua principal que habla el niño(a)? _____ ¿Qué lengua hablan en el hogar? _____

¿Los padres/guardianes hablan inglés? Sí No Si es NO, ¿quién es su intérprete? _____ Teléfono _____

Empleo de la madre _____ Empleo del padre _____

Duración de empleo: _____ Horas laborales _____ Duración de empleo: _____ Horas laborales _____

Ingreso Anual (Aproximado) _____ Ingreso Anual (Aproximado) _____

¿Uno de los padres ha sido cliente del Departamento Estatal de Servicios Sociales? Sí No

Explique: _____

Peso del niño (a) al Nacer: _____ libras _____ oz. Tuvo un parto normal? Sí No

Si no, explique: _____

¿Su hijo(a) ha tenido problemas anteriormente de crecimiento y de desarrollo en los años de infancia? Sí No

Explique: _____

Deficiencias Físicas: Sí No ¿Su hijo(a) demuestra buena coordinación? Sí No

Enfermedades crónicas de su hijo(a) (infecciones/tubos en los oídos, asma, etc.) _____

¿Su hijo(a) ha pasado tiempo en el hospital? Sí No ¿Tiene seguro de salud para su hijo(a) Sí No

Si ha estado en el hospital, ¿Por qué? _____

En su opinión, ¿su hijo(a) tiene buena salud? Sí No ¿Su hijo(a) tiene necesidades nutritivas especiales? Sí No

¿Alguna vez su hijo(a) ha sido referido para evaluaciones? _____

¿Qué tipo de evaluaciones? _____ Referido ¿por quién? _____

¿Cuáles fueron los resultados de las evaluaciones? _____

¿El estudiante ha recibido alguno de los servicios especiales siguientes en su escuela anterior?

Bilingüe Terapia Ocupacional Educación Especial

Consejería/Psicológica Terapia Física Terapia del Habla

Trabajadora Social Otro, por favor indique _____

Hay algo que desea decir acerca de su hijo(a) que nos ayudaría. Por ejemplo: Deficiencia en el lenguaje, comportamiento, personalidad, circunstancias familiares, etc. (Use una hoja de papel adicional si es necesario.)

Firma de un padre

Fecha

Devuelva esta forma a:

GSRP PRE-SCHOOL PROGRAM
WYOMING PUBLIC SCHOOLS
4334 Byron Center Ave SW
WYOMING MI 49519

Devuelva esta forma sin la forma de salud y sin el acta de nacimiento. Esto lo necesitaremos mas adelante.
Es la ley del Distrito de las Escuela Públicas de Wyoming que ninguna persona debe ser excluida de participar, negarle beneficios o sujeto a discriminación, en empleo o cualquiera de estos programas o actividades, en base de su sexo, raza, color, origen nacional o incapacidad.