



Estimado padre, madre o tutor:

Gracias por considerar el Programa de Educación de UCP de la Florida Central. Nosotros creemos que cada niño merece un excelente programa académico que lo ayude a aprender, crecer y destacarse. Por esa razón, cada uno de nuestros salones de clase son dirigidos por maestros altamente cualificados y con vasta experiencia que dan la bienvenida a los alumnos y sus familias a la comunidad del aprendizaje. Nuestro programa académico basado en investigación establece las bases fundamentales para el éxito futuro de cada estudiante. Al abrir nuestras aulas a niños con y sin necesidades especiales en un modelo de educación único llamado inclusión, no solo estamos derribando barreras sino que estamos enseñando a los niños, a una edad muy temprana, a aceptar las diferencias.

Por favor, encuentre adjunta la solicitud para la inscripción en UCP. El próximo paso en el proceso de inscripción es completar este paquete y presentar el resto de los documentos. Es importante que usted llene cada formulario del paquete lo más completamente posible. Además, por favor use la Lista de Verificación para reunir los otros documentos necesarios. Por favor regrese este paquete y los materiales al asistente administrativo/recepción en el campus en el cual está aplicando.

Una vez recibidos los materiales, su niño será evaluado para ser ubicado, y a usted se le notificarán los pasos siguientes. Si tiene cualquier pregunta sobre el proceso o los formularios/documentos, por favor escriba a UCP Admissions Department (Departamento de Admisiones de UCP) en referrals@ucpcf.org o llame al (407) 852-3300. Uno de nuestros Especialistas en Admisiones se pondrá en contacto con usted.

¡Gracias nuevamente por considerar a UCP of Central Florida!

Dra. Ilene Wilkins, Presidenta/CEO



Lista de Verificación para la Solicitud Escolar

Gracias por considerar a UCP de la Florida Central como el proveedor escolar de su niño. Por favor complete cada página del paquete, con el mayor detalle posible. Además, por favor lea la lista adjunta de requisitos y traiga los documentos correspondientes a la escuela de su niño.

- 1. Verificación de la edad con el certificado de nacimiento del niño.
- 2. Prueba de las vacunas en el Formulario 680 del Estado de Florida, que puede pedirlo a su médico o al Departamento de Salud en los siguientes condados (por favor llame a los Departamentos de Salud para saber los detalles y requisitos):
 - Departamento de Salud del Condado de Orange (407-836-2600) en 832 W. Central Blvd., Orlando
 - Departamento de Salud del Condado de Seminole en Sanford (407-665-3281) o Casselberry (407-665-3409)
 - Departamento de Salud del Condado de Osceola en Bogy Creek (407-343-2066), Poinciana (407-943-8600) o St. Cloud (407-943-8699)
- 3. Prueba de examen físico en el Formulario 3040 del Estado de Florida, dentro del último año. Si no puede proveer la documentación, debe asegurarse que el niño tenga un examen físico dentro de los primeros 30 días de comenzar la escuela.
- 4. Historial Académico
 - a. Niños menores de 3 años con discapacidad - Parte C / Early Steps / Plan de Apoyo Familiar Individual (IFSP)
 - b. Niños mayores de 3 años con discapacidad - Plan de Educación Individual (IEP) del Distrito Escolar y evaluación psicoeducativa más reciente, último boletín de notas escolares (si aplica), formulario de baja de la escuela anterior (si aplica).
 - c. Transcripción Escolar
- 5. Copia de documentación VPK / Vale (Voucher) VPK (si aplica)
- 6. Expedientes médicos y evaluaciones (solo para servicios de terapia)
 - a. Tarjeta del seguro, tarjeta de la póliza o tarjeta de Medicaid
 - b. Orden/Prescripción del médico para evaluación (con diagnóstico)
 - c. Copias de las evaluaciones de todas las terapias anteriores, notas de progreso e informes de alta
 - d. Copias de todos los expedientes médicos anteriores pertinentes, de los últimos dos años.
- 7. Verificación de su domicilio/residencia en el condado que corresponda con uno de los siguientes*:
 - a. Tarjeta vigente de exención fiscal (homestead exemption) o contrato de compraventa o escritura de garantía
 - b. Contrato de alquiler/arrendamiento
 - c. Documentos de verificación de domicilio/residencia: Información requerida disponible en la página de internet del Distrito de Escuelas del Condado.
- 8. Tutelas – Si usted no es el tutor legal o padre con la custodia residencial de un estudiante, la ley del estado requiere que se provea uno de los siguientes documentos para la inscripción:
 - a. Documentación de Custodia de la Corte
 - b. Carta de Ubicación del Departamento de Niños y Familias
 - c. Declaración certificada por notario de guardia de potestad para Inscripción Escolar del Sistema de Escuelas Públicas

Si tiene cualquier pregunta o necesita información adicional, contacte a Admisiones en el teléfono (407) 852-3300, extensión 1.

Localidades de UCP de la Florida Central

Downtown Orlando/Campus de Holloway
Campus de TLA – Escuela Intermedia y Superior
East Orange/Campus de Bailes (cerca de UCF)
Campus de Osceola/Kissimmee

Campus de Pine Hills
Campus de Seminole/Lake Mary
Campus de West Orange/Winter Garden

* Exención de Documentación Temporal: Estudiantes que no tienen una residencia nocturna fija, regular y adecuada tienen el derecho a la inscripción inmediata bajo la Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435 de Asistencia a Personas sin Hogar. Se necesita un Cuestionario de Residencia del Estudiante completo para determinar la elegibilidad.



Formulario de Solicitud

Nombre legal del niño:

(Nombre)	(Inicial media)	(Apellido)	Generación (Jr., II)
(Fecha de nacimiento)	(Lugar de nacimiento)	(Número del Seguro Social)	(Número de estudiante)

Género: M F

(Rodee con círculo)

Etnicidad: Hispano/Latino No Hispano/No Latino

Raza: Blanco Asiático Negro o Afroamericano Indio Americano/Nativo de Alaska
 Nativo de Hawaii u otra Isla del Pacífico

¿Podemos divulgar la información encontrada en el directorio? Sí No

(Si responde "Sí" a cualquiera de las preguntas siguientes, al estudiante se le administrará un examen para determinar la competencia en inglés)

Idioma en casa: ¿Se habla otro idioma que no sea el inglés en casa?
 Sí No ¿Qué idioma? _____

Idioma dominante: ¿Habla el estudiante mayormente un idioma que no sea el inglés?
 Sí No ¿Qué idioma? _____

Idioma nativo: ¿Tuvo el estudiante un primer idioma que no fue el inglés?
 Sí No ¿Qué idioma? _____

¿Necesita que las comunicaciones se envíen a su casa en un idioma que no sea el inglés?
 Sí No Si responde 'Sí', marque todas las que apliquen: Español Francés Portugués
 Creole Haitiano Vietnamita

¿Nació el estudiante fuera de Estados Unidos?
 Sí No ¿En qué fecha ingresó en EE.UU.? _____

Si nació fuera de este país, fecha que ingresó a la primera escuela en EE.UU.: ____/____/____ (Mes/Día/Año)

El estudiante vive con:
 Sus dos padres Su madre Su padre Uno de sus padres y padrastro/madrastra
 Tutor legal Padre/madre de hogar sustituto Otro: __

Padre/madre/tutor tiene verificación de domicilio: Sí No (Rodee con círculo)

Padre/madre/tutor tiene un contrato de alquiler válido: Sí No (Rodee con círculo) Fecha que vence: _____

Dirección donde vive:

(Calle)

_____ (Ciudad)	_____ (Estado)	_____ (Código Postal)	_____ (Condado)
-------------------	-------------------	--------------------------	--------------------

Dirección para envío de correspondencia: Marque si es la misma que la dirección donde vive

(Calle)

_____ (Ciudad)	_____ (Estado)	_____ (Código Postal)	_____ (Condado)
-------------------	-------------------	--------------------------	--------------------

Otros niños en edad escolar que viven en la casa:

Nombre del niño (nombre y apellido) Relación con el estudiante Escuela Grado

- _____
- _____
- _____
- _____

5. _____

6. _____

¿Ha sido el niño identificado como educación excepcional? No Sí (Rodee con círculo)

¿Tiene el niño un IEP, 504 o IFSP vigente? No Sí (Rodee con círculo) IEP/504/IFSP (Rodee con círculo)

¿Alguna vez recibió el niño una beca McKay? No Sí (Rodee con círculo)

Últimas tres escuelas a las que asistió (Comience con la más reciente – Para registro de Kindergarten, por favor liste Pre-K)

Nombre, dirección, número de teléfono de la escuela Tipo de escuela

1. _____ Pública Educación en casa Privada

2. _____ Pública Educación en casa Privada

3. _____ Pública Educación en casa Privada

Participación en Programa antes de Kindergarten: (Marque todas las opciones que apliquen)

- (V) Pre-Kindergarten voluntario en escuela pública (H) Head Start
- (P) Programa de Pre-Kindergarten (VPK) en escuela privada (N) Ninguno
- (D) Programa de Pre-Kindergarten para niños con discapacidades

Nombre de la escuela a la que asiste actualmente: _____ Grado: _____

Dirección de la escuela: _____ Condado: _____

¿Ha sido el estudiante arrestado, con el resultado de presentación de cargos? No Sí

(Si responde 'Sí' a la pregunta anterior) Fecha: _____ Nombre de la escuela: _____ Condado/Estado: _____

¿Ha sido el estudiante expulsado de una escuela a la que asistió? No Sí

(Si responde 'Sí' a la pregunta anterior) Fecha: _____ Nombre de la escuela: _____ Condado/Estado: _____

¿Alguna vez la Justicia de Menores (Juvenile Justice) ha tomado acción en contra del estudiante? No Sí (Rodee con círculo)

¿Está el estudiante en Control Comunitario? No Sí (Rodee con círculo)

¿Es el estudiante padre o madre? No Sí (Rodee con círculo)

¿Está actualmente bajo cuidado médico? No Sí (Rodee con círculo)

Información del médico:

(Nombre del médico de atención primaria) Dirección (Teléfono)

(Nombre del dentista de atención primaria) Dirección (Teléfono)

Hospital preferido: _____

Información de financiamiento (Marque todas las que apliquen)

- Medicaid HMO Medicaid Kid Care 4C Early Steps Early Head Start Seguro Comercial
- Pago privado Otro: _____

Información del Seguro Si tiene Seguro Comercial, complete lo siguiente:

(Nombre del titular de la póliza)

(Nombre del Seguro)

(Póliza #)

(Grupo #)

Información de padre/madre/tutor #1:

(Nombre)	(Inicial media)	(Apellido)	Autorizado a recoger al niño de la escuela (Rodee con círculo) Sí No
(Dirección)			
(Ciudad)			Custodia: (Rodee con círculo) Sí No
(Estado)		(Código Postal)	
(Teléfono de la casa)	(Teléfono celular)	(Vínculo)	
(Dirección de correo electrónico)			(Fecha de nacimiento)
Mejor hora para llamar: <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche			
Estado civil: <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo			
Situación de empleo: <input type="checkbox"/> Militar activo <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Autónomo			
<input type="checkbox"/> Estudia/ En entrenamiento <input type="checkbox"/> No trabaja			
Ingreso familiar del padre/madre: <input type="checkbox"/> Menos de \$10,000 <input type="checkbox"/> \$10,000-\$14,999 <input type="checkbox"/> \$15,000-\$19,999 <input type="checkbox"/> \$20,000-\$29,999			
<input type="checkbox"/> \$30,000-\$49,999 <input type="checkbox"/> \$50,000-\$74,999 <input type="checkbox"/> \$75,000-\$99,999 <input type="checkbox"/> \$100,000 y más			
Padre/madre/tutor es un: <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Padre/madre sustituto(a) <input type="checkbox"/> Otro/familiar			
Empleador del padre/madre/primario: _____ Dirección: _____			
Teléfono: _____ Ocupación: _____			

Información de padre/madre/tutor #2:

(Nombre)	(Inicial media)	(Apellido)	Autorizado a recoger al niño de la escuela: (Rodee con círculo) Sí No
(Dirección)			
(Ciudad)			Custodia: (Rodee con círculo) Sí No
(Estado)		(Código Postal)	
(Teléfono de la casa)	(Teléfono celular)	(Vínculo)	
(Dirección de correo electrónico)			(Fecha de nacimiento)
Estado civil: <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo			
Situación de empleo: <input type="checkbox"/> Militar activo <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Autónomo			
<input type="checkbox"/> Estudia/ En entrenamiento <input type="checkbox"/> No trabaja			
Ingreso familiar del padre/madre: <input type="checkbox"/> Menos de \$10,000 <input type="checkbox"/> \$10,000-\$14,999 <input type="checkbox"/> \$15,000-\$19,999 <input type="checkbox"/> \$20,000-\$29,999			
<input type="checkbox"/> \$30,000-\$49,999 <input type="checkbox"/> \$50,000-\$74,999 <input type="checkbox"/> \$75,000-\$99,999 <input type="checkbox"/> \$100,000 y más			
Padre/madre/tutor es un: <input type="checkbox"/> Padre/madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Padre/madre sustituto(a) <input type="checkbox"/> Otro/familiar			
Empleador del padre primario: _____ Dirección: _____			
Teléfono: _____ Ocupación: _____			

Preguntas a estudiante con familia militar:

Información de padre/madre/tutor #1:

No Sí

El padre/madre es un miembro de las fuerzas armadas, incluyendo miembros de la Guardia Nacional y de la Reserva que cumple órdenes y está en servicio activo

- No Sí El padre/madre es un miembro o veterano de las fuerzas armadas severamente lesionado y recibió la baja médica o se jubiló en un período de 1 año después de la baja médica o jubilación.
- No Sí El padre/madre falleció como miembro activo de las fuerzas armadas en cumplimiento del deber o en el plazo de un año después de sufrir lesiones.

Por favor marque todas las que apliquen:

- Padre/madre/tutor está en los Servicios Militares Federales o es un empleado civil
- Padre/madre/tutor ha vivido en Florida durante el último año o más tiempo
- Padre/madre/tutor ha comprado y ocupa una casa como su domicilio en Florida
- Padre/madre/tutor es un trabajador agrícola migratorio

¿Cómo se enteró de UCP of Central Florida?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Médico | <input type="checkbox"/> Twitter |
| Nombre: _____ | <input type="checkbox"/> YouTube |
| Dirección: _____ | <input type="checkbox"/> Anuncio /Promoción : Revista |
| <input type="checkbox"/> Hospital: _____ | <input type="checkbox"/> Anuncio /Promoción: Tarjeta postal |
| <input type="checkbox"/> Early Steps | <input type="checkbox"/> Anuncio/Promoción Volante/Flyer |
| <input type="checkbox"/> Servicios Médicos para Niños | <input type="checkbox"/> Anuncio/Promoción: Periódico |
| <input type="checkbox"/> Head Start | <input type="checkbox"/> Otro : _____ |
| <input type="checkbox"/> Early Head Start | |
| <input type="checkbox"/> Escuela: Escuelas Públicas del Condado de Orange | |
| <input type="checkbox"/> Escuela: Escuelas Públicas del Condado de Seminole | |
| <input type="checkbox"/> Escuela: Públicas del Condado de Osceola | |
| <input type="checkbox"/> Escuela: Otra: _____ | |
| <input type="checkbox"/> 4C | |
| <input type="checkbox"/> Padre/madre | |
| Nombre: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Miembro del personal de UCP de la Florida Central | |
| Nombre: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Estudiante anterior | |
| Nombre: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Página de Internet de UCP de la Florida Central | |
| <input type="checkbox"/> Búsqueda en internet | |
| <input type="checkbox"/> Facebook | |

Como padre/madre con la custodia (custodia de por lo menos el 50% del tiempo) / que realiza la inscripción, yo verifico que la información provista arriba es verdadera y correcta, y entiendo que el Distrito de Escuelas de los condados de Orange, Osceola y Seminole se basará en esta información como verdadera y correcta. El padre/madre reconoce que hay penalidades legales, incluyendo posibles penalidades en el área criminal, por proveer intencionalmente información falsa al Distrito de Escuelas.

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

Relación con el estudiante: _____

Nombre del niño: _____

Embarazo / Parto

- Embarazo procedió Sin complicaciones Con complicaciones
- Eclampsia
 - Medicaciones durante embarazo
 - Diabetes gestacional
 - Nacimientos múltiples
 - Positivo para citomegalovirus
 - Positivo para Herpes
 - Positivo para VIH
 - Positivo para Strep B
 - Pre-eclampsia
 - Parto prematuro
 - Exposición a sustancias
 - Toxemia
 - Otro: _____

Duración de embarazo (en semanas) _____ Recibió atención prenatal No recibió atención prenatal

Edad de la madre al momento del parto: _____

- Embarazo procedió Sin complicaciones Con complicaciones
- Desprendimiento prematuro de placenta
 - Presentación de nalgas
 - Vacío negativo
 - Placenta previa
 - Ruptura prematura de membranas
 - Prolapso del cordón umbilical
 - Presentación transversal
 - Cordón umbilical envuelto alrededor del cuello
 - Uso de fórceps
 - Ruptura uterina
 - Otro: _____

Parto fue: Vaginal Cesárea Cesárea de emergencia Días en el hospital: _____

Peso al nacer: _____ Estatura al nacer: _____

Razón de la cesárea (si aplica): _____

Después del nacimiento

Complicaciones después del nacimiento

No Sí ¿Algo a destacar? (Si responde 'Sí', por favor marque todas las que apliquen abajo.)

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Anemia de prematuro <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Displasia bronco-pulmonar 'BPD' <input type="checkbox"/> Labio leporino <input type="checkbox"/> Fisura del paladar <input type="checkbox"/> Pie varo (zambo) <input type="checkbox"/> Citomegalovirus <input type="checkbox"/> ECMO <input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo <input type="checkbox"/> Historia de intubación <input type="checkbox"/> Historia de neumonía/pulmonía <input type="checkbox"/> Hiperbilirrubinemia <input type="checkbox"/> Retraso de crecimiento intrauterino 'IUGR' <input type="checkbox"/> Sangrado IVH Grado I: I D (Rodee con círculo el lado) <input type="checkbox"/> Sangrado IVH Grado II: I D (Rodee con círculo el lado) <input type="checkbox"/> Sangrado IVH Grado III: I D (Rodee con círculo el lado) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sangrado IVH Grado IV: I D (Rodee con círculo el lado) <input type="checkbox"/> Aspiración de meconio <input type="checkbox"/> Enterocolitis necrotizante 'NEC' <input type="checkbox"/> Hipoxia neonatal <input type="checkbox"/> Estadía en NICU <input type="checkbox"/> Dependencia de oxígeno <input type="checkbox"/> PDA- Cirugía para válvula cardíaca <input type="checkbox"/> Dependencia positiva <input type="checkbox"/> Síndrome de sufrimiento respiratorio <input type="checkbox"/> Estridor respiratorio <input type="checkbox"/> Virus sincitial respiratorio 'RSV' <input type="checkbox"/> Retinopatía de prematuro 'ROP' <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Dependencia de respirador <input type="checkbox"/> Shunt (derivación) VP <input type="checkbox"/> Otro
---	---

Si aplica, su razón para el referido (¿Cuáles son sus inquietudes?):

Problemas médicos

- No Sí ¿Algo a destacar? (Si responde 'Sí', por favor marque todas las que apliquen abajo.)
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lesión cerebral por anoxia | <input type="checkbox"/> Constipación |
| <input type="checkbox"/> Malformación arteriovenosa 'AVM' | <input type="checkbox"/> Citomegalovirus (CMV) |
| <input type="checkbox"/> Asma/ Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Reflujo |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular 'CVA' | <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de oído crónicas | <input type="checkbox"/> Problemas del sueño |
| <input type="checkbox"/> Cólicos | <input type="checkbox"/> Lesión cerebral traumática |
| <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Alimentación por sonda/tubo |

Alergias: _____

Medicamentos que toma actualmente: _____

Vitaminas, hierbas, minerales, sustancias homeopáticas, etc. _____

Examen de audición

- Nunca se examinó, No hay inquietudes
- Nunca se examinó, Tiene inquietudes
- Resultados del examen normales
- Resultados del examen anormales

Fecha del examen: _____

 Resultados: Audífonos Tubos PE
 Bilateral Implante coclear

Inquietudes: _____

 Otro**Examen de la vista**

- Nunca se examinó, No hay inquietudes
- Nunca se examinó, Tiene inquietudes
- Resultados del examen normales
- Resultados del examen anormales

Fecha del examen: _____

 Resultados: Usa
 anteojos/espejuelos
 Otro: _____

Inquietudes: _____

 Otro**Especialistas que ha visto**

Especialista	Nombre	Motivo
Alergista		
Audiólogo		
Cardiólogo		
Medicina del Desarrollo		
Endocrinólogo		
ENT /Otorrinoláringolo		
Gastroenterólogo		
Cirujano General		
Genetista		
Cirujano de la mano		
Medicina Interna		
Nefrólogo		
Neurólogo		
Oncólogo		
Oftalmólogo		
Cirujano Ortopédico		
Pediatra		
Podiatra		
Psiquiatra/ Psicólogo		
Reumatólogo		
Cirujano Torácico		
Urólogo		
Terapia Familiar		
Otro		

Exámenes diagnósticos

Examen	Cuándo	Resultados
ABR/ BAER		
Exámenes de sangre/Exámenes de laboratorio		
Scan para densidad ósea		
CT Scan		
EEG		
EMG		
GI inferior		
Estudio de motilidad/Vaciado gástrico		
MRI		
NCV		
Estudio de Tragar (Swallow Study)		
Endoscopia superior		
Rayos X		
Otro		

Cirugías y procedimientos

Tipo	Cuándo	Edad	Resultados

Contraindicaciones/Precauciones (pasadas o presentes)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Historia de fracturas | <input type="checkbox"/> Alimentación por sonda/tubo |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Estimulador de nervio vago |
| <input type="checkbox"/> Bomba de Baclofen | <input type="checkbox"/> Condición convulsiva | <input type="checkbox"/> Ninguna |
| <input type="checkbox"/> Dislocaciones | <input type="checkbox"/> Shunts (derivaciones) | <input type="checkbox"/> Otro |

Equipo Asistivo

- | | |
|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Abrazaderas | ¿Dónde?: _____ |
| <input type="checkbox"/> Bastones | |
| <input type="checkbox"/> Andador | |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas | <input type="checkbox"/> Otro |

Condiciones médicas:

Condiciones ortopédicas/dislocaciones: _____

Historial del desarrollo

Motor/Sensorial/Plan

Acontecimiento	Cuándo (en meses)	Acontecimiento	Cuándo (en meses)
Se arrastra/gatea solo		Se rueda	
Sujeta juguetes		Se sienta solo sin apoyo	
Sostiene la cabeza por sí mismo		Camina sin ayuda	
Lleva su cuerpo a posiciones de pie			

¿Cómo se mueve el niño por la casa?

Juguetes favoritos / Actividades de juegos: _____

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿El niño se cae o pierde la estabilidad fácilmente? | Mano dominante del niño: <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Indistinto |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿El niño fija la vista en personas y/o juguetes? | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿El niño muestra una respuesta negativa cuando lo tocan o cuando toca otros objetos? | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿El niño disfruta el movimiento, por ejemplo el columpio o juegos bruscos? | |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿El niño juega y/o participa en actividades recreativas diariamente? Liste: _____ | |

Sí No

¿El niño participa en programas de la comunidad (escuela, recreación especial, niños escuchas/scouts, etc.?) Liste: _____

Alimentación/Habla/Lenguaje

Describe cualquier problema de alimentación: _____

Comidas que le gustan: _____

Comidas que no le gustan: _____

Sí No ¿Come el niño una variedad de texturas?

Alimentación /Habla/ Lenguaje			
Acontecimiento	Cuándo (en meses)	Acontecimiento	Cuándo (en meses)
Comienza a comer comida para bebés		Nombra objetos familiares	
Comienza a comer comida para niños		Usa un biberón	
Comienza a comer la comida familiar		Usa un chupete	
Comienza a usar una taza, taza para bebé, sorbeto		Usa combinaciones de dos palabras	
Completa oraciones			

Áreas con dificultad

- Masticación Babeo Pronunciar correctamente palabras Tragado Problemas de la voz
 Necesidades de comunicación etc.) Expresión de palabras Tartamudez Transición entre alimentos (voz ronca/ áspera,
 Otro

Comunicación primaria

- No verbal
 Mirada Lenguaje de signos manual Frases Palabras separadas Otro
 Expresiones faciales Señala / Gesticula Oraciones Vocalizaciones

Equipo de Comunicación Aumentativa: _____

Primeras palabras: _____

Descripción del niño

- Activo Cauteloso Es fácil que participe Inseguro Juguetón
 Afectuoso Curioso Es difícil que participe Irritable Tímido
 Agresivo Demandante Temeroso Motivado Obstinado
 Contacto visual adecuado Difícil de conformar Sin temor Pasivo Distanciado
 Calmado Se distrae Quisquilloso Persistente Otro

Comunicación primaria

Grado en la escuela: _____ Nombre de la escuela: _____

- Sí No ¿Tiene su niño un IEP/IFSP de la escuela?
 Sí No ¿Le hicieron a su niño una evaluación psicológica o neuropsicológica completa?
 Sí No ¿Recibe su niño terapia en la escuela?

Si es así, ¿qué terapia? _____

Servicio de Terapia	Tipo	Situación	Dónde	Frecuencia/Duración
Tecnología de ayuda				
Terapia acuática				
Audiología				
Terapia del comportamiento				
Terapia del desarrollo				
Hipoterapia (con caballos)				
Terapia Hiperbárica				
Terapia Intensiva				
Terapia Intensiva con uso de Traje Ortopédico				
Nutrición				
Terapia Ocupacional				
Terapia Física				
Terapia Social				
Terapia del Habla/ Lenguaje				
Terapia de la Vista				

Por favor provea cualquier documentación



Yo, _____ por la presente autorizo a UCP de la Florida Central a solicitar información acerca de este niño como se indica abajo.

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

Agencia:

(Marque todas las que apliquen)

- 4C/Early Head Start
- Child Find (FDLRS)
- Servicios Médicos para Niños
- Distrito de Escuelas del Condado: _____
- Departamento de Salud del Condado: _____
- Departamento de Niños y Familias
- División de Servicios para No Videntes
- Easter Seals
- Early Steps/Parte C
- Pediatra: _____
- SSI
- United Cerebral Palsy (UCP) of _____
- Otro: _____

Tipos de información que podría compartirse:

(Marque todas las que apliquen)

- Examen psicológico
- Historial social/del desarrollo
- Informes de habla/lenguaje/audición
- Resultados de prueba diagnósticas (screenings) de la vista/audición
- Reportes de Terapia Física/Ocupacional
- Informes de evaluación del desarrollo
 - IFSP o IEP

Información médica e informes médicos, incluyendo:

- Historial clínico
- Vacunas
- Informes de exámenes físicos
- Informes de laboratorio
- Resultados de exámenes de VIH
- Otra lista:
- Otro: _____

He sido informado que la información compartida será estrictamente confidencial y no puede divulgarse a ninguna otra persona sin mi consentimiento por escrito. He sido informado que podría negar el consentimiento a cualquiera de las agencias mencionadas arriba y que podría retirar mi consentimiento en cualquier momento, notificando a UCP de la Florida Central por escrito.

Firma del padre, madre o tutor legal

Fecha

Testigo

Fecha

La ejecución de este formulario no autoriza la divulgación de información que no sea la específicamente descrita arriba. La información que se pide en este formulario se solicita bajo el Título 38, U.S.C. El formulario autoriza la divulgación de información de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros Médicos, 45 CFR Partes 160 y 164, 5 U.S.C. 552a, y 38 U.S.C. 5701 y 7332 que usted especifica.



Cuestionario sobre la residencia del estudiante

Las respuestas al cuestionario sobre residencia ayudan a determinar la elegibilidad para los servicios que podrían recibirse a través de la Ley Federal McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435 de Asistencia a Personas sin Hogar.

Escuela _____

Fecha: _____

1. ¿Dónde viven actualmente usted y su familia? Marque un recuadro.

- Alquilo/soy propietario de mi casa
 - Si usted alquila o es propietario de su casa, DETÉNGASE y firme abajo (bajo el número 4). Entregue el formulario al personal de la escuela.
- En un refugio de emergencia/transicional (A)
- Temporalmente con otra familia debido a pérdida de la vivienda, dificultades económicas o motivo similar (B)
- En un vehículo de cualquier tipo, área de tráiler/casa rodante o área de acampar, edificio abandonado u otra vivienda por debajo de los estándares (D)
- En un hotel/motel debido a pérdida de la vivienda, dificultades económicas o motivo similar (E)
- A la espera de ubicación (awaiting foster care placement) (F)
- Por favor explique dónde está viviendo ahora el estudiante, si las situaciones de arriba no aplican. Otro: _____

Causa de residencia temporal: Tipo de desastre natural: _____ Ejecución Hipotecaria Otro _____

2 Información del estudiante, incluyendo todos los hermanos en edad escolar que viven juntos en la situación de vivienda mencionada arriba.

Nombre del estudiante	# ID del estudiante	M/ F	Fecha de nac.	Grado	Escuela

3. Podría haber derechos y servicios de protección disponibles, por ejemplo:

Derechos para familias/joven no acompañado elegibles:

- Inscripción inmediata en escuela
- Estabilidad escolar – continuar en la escuela a la que asistía antes de perder la vivienda o la última escuela a la que asistía, si es posible y en el mejor interés del estudiante
- Transporte – permanecer en la “escuela de origen”, si queda a más de 2 millas
- Comidas gratis

Servicios de Referido:

Teléfono: 2-1-1; Directorio de Servicios Comunitarios (24 horas al día; 7 días a la semana; operadores bilingües disponibles)

Servicios basados en la escuela: (Por favor marque, si son necesarios.)

- Ayuda con disputas por la inscripción o documentos faltantes
- Ayuda para obtener los registros escolares
- Implementación de IEP o Plan 504
- Ayuda con transporte a eventos y reuniones de la escuela

4. El abajo firmante certifica que la información provista es correcta.

LETRA DE MOLDE – Padre/madre/tutor o adulto que se ocupa del estudiante/joven no acompañado

FIRMA

DIRECCIÓN - CALLE

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO

La ley 837.06 de Florida estipula que la persona que a sabiendas haga una declaración falsa por escrito con la intención de engañar a un funcionario público en el desempeño de sus deberes oficiales será culpable de una falta de segundo grado.



Abandono/retiro de escuela del estudiante

Nombre del estudiante: _____ I.D. #: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ SS #: _____

Días que estuvo presente: _____ # Días que estuvo ausente: _____ Grado: _____

Razón para abandonar/dejar la escuela: _____ Código: _____

Programas que aplican al estudiante: _____

Firma del Administrador de la escuela

Firma del padre/madre/tutor



Aviso Público de los Derechos de los Padres Expedientes de los Estudiantes

DERECHOS DE LOS PADRES: REGISTROS DE LOS ESTUDIANTES

Como padre o madre, la Ley de Derechos Educativos y Privacidad para la Familia (FERPA) le otorga ciertos derechos con respecto a los expedientes escolares de su estudiante. Estos derechos son:

1. El derecho a inspeccionar y revisar los expedientes de educación del estudiante en el plazo de 45 días desde el día que la escuela recibe un pedido de acceso. Usted debe presentar una solicitud por escrito al director que identifique el(los) expediente(s) que usted desea inspeccionar. El director coordinará los arreglos necesarios para el acceso y le notificará la hora y el lugar donde el(los) expediente(s) podría(n) inspeccionarse.
2. El derecho a solicitar la modificación del expediente de educación del estudiante que usted considere inexacto o engañoso. Usted debe escribir al director, identificar claramente la parte del expediente que quiere que se cambie, y especificar por qué es inexacto o engañoso. Si la escuela decide no modificar el expediente, la escuela le comunicará a usted la decisión y lo asesorará en cuanto a su derecho a una audiencia que trate el pedido de modificación.
3. El derecho a consentir la divulgación de información personalmente identificable contenida en los expedientes de educación del estudiante, excepto en la medida que FERPA autorice la divulgación sin consentimiento. Una excepción que permite la divulgación sin consentimiento es la divulgación a funcionarios de la escuela con legítimos intereses educativos. Un funcionario de la escuela es una persona empleada por el distrito como administrador, supervisor, instructor, o personal de la escuela, persona elegida para la junta escolar, o una persona o compañía con quien el distrito ha firmado un contrato para realizar una tarea específica. Un funcionario de la escuela tiene un interés educativo legítimo si el funcionario necesita revisar un expediente de educación en el cumplimiento de su responsabilidad profesional. Se divulgará información personalmente identificable sin consentimiento a funcionarios adecuados en situaciones de emergencia, para cumplir con una citación emitida legalmente y en casos que involucren asistencia obligatoria a la escuela y abuso infantil.
4. El derecho a presentar una queja ante el Departamento de Educación de EE.UU. con referencia a supuestas omisiones de la escuela de cumplir con los requisitos de FERPA. La dirección de la oficina que administra FERPA es: Family Policy (Política de Familia).

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL DIRECTORIO

El Distrito Escolar podría divulgar la siguiente "información del directorio" sin su permiso, a menos que usted notifique al director, por escrito, en un plazo de diez (10) días calendario de recibir este aviso público.

Información del Directorio: nombre y dirección del estudiante, nivel de grado (si junior (tercer año) o senior (cuarto año)), fechas de asistencia, participación en actividades y deportes auspiciados por la escuela, peso y altura de los miembros de equipos atléticos, y premios y honores recibidos. (Quienes reclutan personal militar también podrían obtener los números de teléfono de estudiantes de la escuela superior).

Bajo las estipulaciones de la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia, usted tiene el derecho a no autorizar la divulgación de la información del directorio mencionada arriba. Si decide que no quiere que la escuela divulgue la información mencionada arriba, cualquier solicitud futura para la información del directorio de personas, organizaciones u otras entidades no afiliadas con la escuela o el distrito será rechazada. Por favor indique aquí su pedido de no autorizar la divulgación de la información mencionada arriba.

Yo no quiero que se divulgue información del directorio que implique a mi niño, como se describe arriba.

Nombre del padre/madre: _____ Firma del padre/madre: _____

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____ Fecha: _____

Si el formulario no es recibido por el director de la escuela en un plazo de diez (10) días, se asumirá que la información mencionada arriba podría ser divulgada durante el resto del tiempo del año escolar.