



**Información de Consentimiento**

**1. Transporte:**

Autorizo que mi hijo(a) sea transportado(a) y supervisado(a) por el personal del centro. Marque todas las opciones que correspondan.

- Para atención de emergencia  En excursiones  De ida y Vuelta a casa  De ida y vuelta a la escuela

**2. Excursiones:**

Autorizo que mi hijo(a) participe en las excursiones del centro  No autorizo que mi hijo(a) participe en excursiones

Comentarios:

**3. Actividades Acuáticas:**

Autorizo que mi hijo(a) participe en las siguientes actividades acuáticas. Marque todas las que correspondan.

- Juego con mesa de agua  Juego con rociadores de agua

¿Su hijo(a) puede nadar sin asistencia?

- Sí  No

Si no, se requiere que su hijo use un chaleco salvavidas mientras esté en o cerca de una piscina.

¿Su hijo(a) tiene alguna condición física, de salud, conductual u otra que represente un riesgo al nadar?

- Sí  No

\*Si respondió "sí", se requiere que su hijo(a) use un chaleco salvavidas mientras esté en o cerca de una piscina.

¿Desea que su hijo(a) use chaleco salvavidas mientras esté en o cerca de una piscina?

- Sí  No

\*Un nadador competente puede entrar y salir de la piscina de forma segura por su cuenta, flotar de espaldas o mantenerse a flote durante un minuto, y nadar 25 yardas sin asistencia.

**4. Servicios de Salud:**

Autorizo que mi hijo(a) participe en los siguientes servicios de salud proporcionados por NINOS, Inc. Entiendo que estos servicios se ofrecen sin costo alguno y que puedo acompañar a mi hijo(a) a cualquiera de estas actividades:

- Revisión de salud diaria  Vacunas  Evaluación dental  Pruebas de audición y vision  Observaciones de salud mental  
 Examen físico  Prueba de tuberculosis  Prueba de plomo  Hemoglobina/Hematocrito  Medición  Evaluaciones

**5. Autorización Médica:**

Autorizo la divulgación de información médica al personal de Head Start y Early Head Start de NINOS, Inc. para asegurar el bienestar de salud de mi hijo(a).

- Sí  No

**6. Repelente de Insectos:**

Autorizo al personal del centro a aplicar repelente de insectos a mi hijo(a) para prevenir picaduras y la propagación de enfermedades.

- Sí  No

**7. Caminatas en la Naturaleza:**

Autorizo que mi hijo(a) participe en caminatas al aire libre, si el clima lo permite.

- Sí  No

**8. Autorización de Fotografías/Videos:**

Autorizo a NINOS, Inc. a registrar y/o publicar retratos fotográficos o videos de mi hijo(a). Entiendo que todas esas fotografías y videos se convertirán en propiedad exclusiva de NINOS, Inc., y renuncio a cualquier derecho de propiedad, inspección o aprobación del producto final o su uso. Reconozco que estas fotografías o videos, ya sea en su totalidad, en parte, o como una composición, podrán ser utilizados por NINOS, Inc. a su discreción para materiales educativos, publicidad u otro propósito legal.

- Sí  No

**9. Recibo y Reconocimiento de Políticas y Procedimientos Operativos por Escrito:**

Reconozco haber recibido las políticas y los procedimientos operativos del centro. Al colocar mis iniciales junto a cada elemento, indico que se me han proporcionado copias, que se me han explicado y que entiendo los siguientes formularios, políticas y procedimientos, incluyendo el Manual Operativo y el Manual para Padres:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Procedimientos sobre Información Personalmente Identificable (PII) | <input type="checkbox"/> Derechos de los Padres  |
| <input type="checkbox"/> Unirse a WIC de Texas  | <input type="checkbox"/> Procedimientos de Quejas de Padres                              |
| <input type="checkbox"/> Construyendo para el Futuro  | <input type="checkbox"/> Informes de Inspección de Licenciamiento                        |
| <input type="checkbox"/> Igualdad de Justicia para Todos                                    | <input type="checkbox"/> Video de Seguridad  |
| <input type="checkbox"/> Horarios, Días y Meses de Operación                                | <input type="checkbox"/> Preguntas y Preocupaciones de Padres                            |
| <input type="checkbox"/> Entrega de Niños   | <input type="checkbox"/> Participación de Padres   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad y Exclusión   | <input type="checkbox"/> Información de Contacto de la Oficina de Licencias              |
| <input type="checkbox"/> Administración de Medicamentos                                     | <input type="checkbox"/> Plan de Preparación para Emergencias                            |
| <input type="checkbox"/> Procedimientos para Emergencias Médicas                            | <input type="checkbox"/> Área de Lactancia Materna o Alimentación con Fórmula            |
| <input type="checkbox"/> Notificación a Padres  | <input type="checkbox"/> Prevención y Respuesta ante el Abuso y la Negligencia de Niños  |
| <input type="checkbox"/> Disciplina y Orientación   | <input type="checkbox"/> Revisión Diaria de Salud  |
| <input type="checkbox"/> Suspensión y Exclusión   | <input type="checkbox"/> Enfermedades Prevenibles por Vacunas en Empleados               |
| <input type="checkbox"/> Requisitos Básicos para Lactantes – Sueño Seguro                   | <input type="checkbox"/> Inyectores de Epinefrina  |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Comidas y Alimentación                                | <input type="checkbox"/> Servicio Inclusivo para Niños con Necesidades Especiales        |
| <input type="checkbox"/> Requisitos de Vacunación y Pruebas de Tuberculosis                 | <input type="checkbox"/> Información sobre Zona Libre de Pandillas                       |
| <input type="checkbox"/> Pruebas de Audición y Visión                                       | <input type="checkbox"/> Asistencia  |
| <input type="checkbox"/> Procedimientos de Inscripción                                      | <input type="checkbox"/> Cambio de Ropa  |
| <input type="checkbox"/> Procedimientos de Transporte                                       | <input type="checkbox"/> Entrada y Salida de Niños                                       |
| <input type="checkbox"/> Actividades Acuáticas  | <input type="checkbox"/> Procedimientos de Cambio de Pañal                               |
| <input type="checkbox"/> Excursiones  | <input type="checkbox"/> Solicitud de Documentos/Información Personalmente Identificable |
| <input type="checkbox"/> Animales/Mascotas  | <input type="checkbox"/> Educación y Desarrollo Infantil                                 |
| <input type="checkbox"/> Promoción de Actividad Física en Interiores y Exteriores           | <input type="checkbox"/> Participación Familiar  |
| <input type="checkbox"/> Aplicación de Repelente de Insectos y Protector Solar              |  |

**10. Reconocimiento de los Derechos del Padre/Madre:**

Reconozco que he recibido una copia escrita de mis derechos como padre, madre o tutor legal de un niño(a) inscrito(a) en NINOS, Inc.

\_\_\_\_\_  
Firma – Padre, Madre o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha de Firma

**11. Centro Médico y Autorización para Atención Médica de Emergencia**

En caso de que no se me pueda localizar para organizar atención médica de emergencia, autorizo a la persona encargada a llevar a mi hijo(a) a:

|                    |            |                                      |
|--------------------|------------|--------------------------------------|
| Nombre del Médico: | Dirección: | Código de área y número de teléfono. |
|--------------------|------------|--------------------------------------|

Nombre del Centro Médico:

Autorizo al centro a asegurar cualquier y toda la atención médica de emergencia necesaria para mi hijo(a).

\_\_\_\_\_  
Firma – Padre, Madre o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha de Firma

**12. Consultorio Dental**

|                                |            |                                     |
|--------------------------------|------------|-------------------------------------|
| Nombre del Dentista o Clínica: | Dirección: | Código de Área y Número Telefónico: |
|--------------------------------|------------|-------------------------------------|

**Necesidades Especiales de Cuidado del Niño(a), marque todas las que apliquen:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias ambientales                                 | <input type="checkbox"/> Limitaciones o restricciones en las actividades del niño(a)  |
| <input type="checkbox"/> Intolerancias alimenticias                           | <input type="checkbox"/> Adaptaciones razonables o modificaciones                     |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades existentes                              | <input type="checkbox"/> Equipos adaptativos, incluyendo instrucciones a continuación |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades graves previas                          | <input type="checkbox"/> Síntomas o indicios de complicaciones                        |
| <input type="checkbox"/> Lesiones u hospitalizaciones en los últimos 12 meses | <input type="checkbox"/> Medicamentos recetados para registro continuo                |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____  |   |

Explique cualquier necesidad seleccionada anteriormente:

¿Tiene su hijo(a) alergias alimentarias diagnosticadas?  Sí  No  
Fecha de entrega del Plan de Emergencia por Alergia Alimentaria: \_\_\_\_\_

Las operaciones de cuidado infantil son alojamientos públicos bajo la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA), Título III. Para más información, visite [www.ada.gov/resources/child-care-centers/](http://www.ada.gov/resources/child-care-centers/). Si cree que una operación puede estar practicando discriminación en violación del Título III, puede llamar a la Línea de Información de la ADA al (800) 514-0301 (voz) o (800) 514-0383 (TTY).

**Requisito para la Exclusión del Cumplimiento**

- He adjuntado una declaración jurada firmada y fechada indicando que rechazo las vacunas por motivos de conciencia, incluyendo creencias religiosas, en el formulario descrito en la Sección 161.0041 del Código de Salud y Seguridad, presentada a más tardar 90 días después de la fecha de notariación.
- He adjuntado una declaración jurada firmada y fechada indicando que el examen de visión o audición entra en conflicto con los principios o prácticas de una iglesia o denominación religiosa a la que pertenezco o soy miembro.

**Resultados del Examen de la Vista**

Ojo derecho 20/\_\_\_\_ Ojo izquierdo 20/\_\_\_\_  Aprobado  Reprobado

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha de Firma

**Resultados del Examen de Audición**

| Oreja     | 1000 Hz | 2000 Hz | 4000 Hz | Aprobado o Reprobado   |
|-----------|---------|---------|---------|--|
| Derecho   |         |         |         | <input type="radio"/> Aprobado <input type="radio"/> Reprobado |
| Izquierdo |         |         |         | <input type="radio"/> Aprobado <input type="radio"/> Reprobado |

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha de Firma

**Varicela (Viruela del Pollo)**

La vacuna contra la varicela no es requerida si su hijo(a) ya ha tenido la enfermedad. Si su hijo(a) ha tenido varicela, complete la siguiente declaración: Mi hijo(a) tuvo varicela aproximadamente en [ \_\_\_\_\_ ] y no necesita la vacuna contra la varicela

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha de Firma

**Información Adicional sobre Vacunas**

Para obtener más información sobre vacunas, visite el sitio web del Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas:  
[www.dshs.state.tx.us/immunize/public.shtm](http://www.dshs.state.tx.us/immunize/public.shtm)

**Prueba de Tuberculosis (TB), si se requiere**

Positiva  Negativa Fecha: \_\_\_\_\_

**Prueba de Plomo, si se requiere**

Completada  No Completada Fecha: \_\_\_\_\_

**Zona Libre de Pandillas**

Bajo el Código Penal de Texas, cualquier área dentro de los 1,000 pies de un centro de cuidado infantil es una zona libre de pandillas, donde los delitos relacionados con actividad criminal organizada están sujetos a sanciones más severas.

**Zona Libre de Armas**

No se permiten armas de fuego en las instalaciones de un centro de cuidado infantil con licencia, incluso si la persona posee una licencia para portar armas ocultas (CHL) o una licencia para portar armas (LTC). Código Penal de Texas 30.06

**Requisito de Admisión**

Si su hijo no asiste a prekínder o a la escuela fuera de la guardería, se debe presentar una de las siguientes opciones al momento de la admisión o dentro de una semana después de ser admitido. Seleccione **solo una** opción.

- Declaración de un profesional de la salud: He examinado al niño mencionado anteriormente dentro del último año y considero que puede participar en el programa de guardería.
- Se adjunta una copia firmada y fechada de la declaración del profesional de la salud.
- El diagnóstico y tratamiento médico entran en conflicto con los principios y prácticas de una organización religiosa reconocida, a la cual pertenezco o de la cual soy miembro. He adjuntado una declaración jurada firmada y fechada que así lo establece.
- Mi hijo ha sido examinado dentro del último año por un profesional de la salud y está en condiciones de participar en el programa de guardería. Dentro de los 12 meses posteriores a la admisión, obtendré una declaración firmada por un profesional de la salud y la presentaré a la guardería.

Nombre del Profesional de Salud (si se selecciona):

Dirección del Profesional de Salud (si se selecciona):

\_\_\_\_\_  
Firma – Profesional de Salud

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

\_\_\_\_\_  
Firma – Padre, Madre o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

**Firmas**

\_\_\_\_\_  
Firma – Padre, Madre o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

\_\_\_\_\_  
Designado del Centro

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma