

Información del padre, madre o tutor

59. Apellido

60. Primer Nombre

61. Inicial del segundo nombre

62. Domicilio (número y calle)

63. Apto. N°

64. Código postal

65. Código de distrito 1. Bronx 2. Brooklyn 3. Manhattan 4. Queens 5. Staten Island

66. Fecha de nacimiento:
Mes Día Año

67. Teléfono particular (Código de área) - -

68. Teléfono laboral (Código de área) - -

69. Celular / Localizador (pager) - -

70. Dirección de correo electrónico:

71. Origen étnico 1. Indio americano 2. Asiático (no hispano) 3. Negro (no hispano) 4. Hispano/Latino
5. Isleño del Pacífico 6. Blanco (no hispano) 7. Otro

72. Relación con el solicitante

73. Idioma principal que habla

74. Dominio del inglés Sí No

Información del padre, madre o tutor adicional

75. Apellido

76. Primer nombre

77. Inicial del segundo nombre

78. Domicilio (número y calle)

79. Apto. N°

80. Código postal

81. Código de distrito 1. Bronx 2. Brooklyn 3. Manhattan 4. Queens 5. Staten Island

82. Fecha de nacimiento:
Mes Día Año

83. Teléfono particular (Código de área) - -

84. Teléfono laboral (Código de área) - -

85. Celular / Localizador (pager) - -

86. Dirección de correo electrónico:

87. Origen étnico 1. Indio americano 2. Asiático (no hispano) 3. Negro (no hispano) 4. Hispano/Latino
5. Isleño del Pacífico 6. Blanco (no hispano) 7. Otro

88. Relación con el solicitante

89. Idioma principal que habla

90. Dominio del inglés Sí No

Información médica

91. Marque el casillero que corresponda en relación con su hijo:

	SÍ	NO		SÍ	NO
Alergia a comidas (especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones/Ataques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia a medicamentos (especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dispositivo de corrección (anteojos, audífonos, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras alergias (especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plan de educación individualizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas emocionales/de conducta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Discapacidades físicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Otro (especifique):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Los niños que necesitan atención médica especial son aquellos que tienen problemas crónicos físicos, del desarrollo, de la conducta o emocionales que se espera durarán 12 meses o más y que además requieren servicios médicos y otros servicios relacionados mayores que los que requieren los niños en general. Si su hijo necesita atención médica especial, trátelo con su proveedor de cuidado infantil.

Explique: _____

92. ¿Necesita su hijo atención médica especial que requiera tratamiento y/o medicamentos? SÍ NO

Explique: _____

93. ¿Recibe su hijo medicamentos por algún trastorno o enfermedad? SÍ NO

Explique: _____

94. ¿Existe alguna actividad en la que su hijo no pueda participar? SÍ NO (en caso afirmativo, especifique)

Explique: _____

DECLARACIÓN CERTIFICATORIA

Yo, el abajo firmante, certifico que toda la información que antecede es verdadera y correcta. Entiendo que mis declaraciones están sujetas a verificación. Acepto que me atendré a todas las reglas y normas vigentes de este programa. Doy mi consentimiento para la inscripción y participación del niño arriba mencionado en este programa.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del padre/tutor

Fecha

Firma del funcionario receptor

Fecha