

COURT CARE FOR THE PIKES PEAK REGION, INC.
Operado por: Early Connections Learning Center

Formulario de Inscripción
Colorado Springs CO 80903
719-452-5499

Fecha de Hoy: _____

Nombres de padres/guardián o Tutor: _____

Dirección: _____ Numero Apartamento: _____

Ciudad: _____ Código de Zip: _____

Teléfono: _____ Teléfono Celular: _____

Servicio Militar: SÍ NO ACTIVO NO ACTIVO ¿ESTACIONADO EN EL EXTRANJERO?

Base Militar: Ejercito ___ Fuerza Área ___ Marina ___ Marines ___ Guarda Costas ___ Reservas ___

Numero de Caso: _____

Tamaño de familia: 1 persona ___ 2 Personas ___ 3 Personas ___ 4 Personas ___ 5 Personas ___
6 Personas ___ 7+ ___

Cabeza de familia: Hombre: ___ Mujer: ___

Ingresos anuales de la familia: \$ _____ *Esta información es confidencial y solamente será usada con propósitos de reportar para unas becas (Grants).*

Ud.: Padece una discapacidad ___ Sí ___ No Está sin hogar ___ Sí ___ No Es trabajador migrante ___ Sí ___ No

¿Tienen sus hijo/s seguro de salud? Sí ___ No ___

¿Quisiera Ud. mas información sobre seguro de salud? Sí ___ No ___

Firma de padre / guardián: _____

1) Nombre del menor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Alergias: Sí ___ No ___ ¿A que es Alérgico? _____ Reacción Alérgica: _____

Formula ___ Cuantas onzas _____ Alimentación de Pecho ___ Restricciones Médicas ó Físicas _____

Sexo: Varón ___ Hembra ___ Etnicidad: Hispánico ___ No-Hispánico ___

Raza: Blanca ___ Negra ___ Asiática ___ Indio Americano/Nativo de Alaska ___

Nativo Hawaiano/Otras Islas del Pacifico ___ Otra / múltiples razas ___

2) Nombre del menor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Alergias: Sí ___ No ___ ¿A que es Alérgico? _____ Reacción Alérgica: _____

Formula ___ Cuantas onzas _____ Alimentación de Pecho ___
Restricciones Médicas o Físicas _____

Sexo: Varón ___ Hembra ___ Etnicidad: Hispánico ___ No-Hispánico ___

Raza: Blanca ___ Negra ___ Asiática ___ Indio Americano/Nativo de Alaska ___

Nativo Hawaiano/Otras Islas del Pacifico ___ Otra / múltiples razas ___

3) Nombre del menor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Alergias: Sí _____ No _____ ¿A que es Alérgico? _____ Reacción Alérgica: _____

Formula _____ Cuantas onzas _____ Alimentación de Pecho _____
Restricciones Médicas o Físicas _____

Sexo: Varón _____ Hembra _____ Etnicidad: Hispánico _____ No-Hispánico _____

Raza: Blanca _____ Negra _____ Asiática _____ Indio Americano/Nativo de Alaska _____
Nativo Hawaiano/Otras Islas del Pacifico _____ Otra / múltiples razas _____

4) Nombre del menor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Alergias: Sí _____ No _____ ¿A que es Alérgico? _____ Reacción Alérgica: _____

Formula _____ Cuantas onzas _____ Alimentación de Pecho _____
Restricciones Médicas o Físicas _____

Sexo: Varón _____ Hembra _____ Etnicidad: Hispánico _____ No-Hispánico _____

Raza: Blanca _____ Negra _____ Asiática _____ Indio Americano/Nativo de Alaska _____
Nativo Hawaiano/Otras Islas del Pacifico _____ Otra / múltiples razas _____

5) Nombre del menor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Alergias: Sí _____ No _____ ¿A que es Alérgico? _____ Reacción Alérgica: _____

Formula _____ Cuantas onzas _____ Alimentación de Pecho _____
Restricciones Médicas o Físicas _____

Sexo: Varón _____ Hembra _____ Etnicidad: Hispánico _____ No-Hispánico _____

Raza: Blanca _____ Negra _____ Asiática _____ Indio Americano/Nativo de Alaska _____
Nativo Hawaiano/Otras Islas del Pacifico _____ Otra / múltiples razas _____

6) Nombre del menor: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Alergias: Sí _____ No _____ ¿A que es Alérgico? _____ Reacción Alérgica: _____

Formula _____ Cuantas onzas _____ Alimentación de Pecho _____
Restricciones Médicas o Físicas _____

Sexo: Varón _____ Hembra _____ Etnicidad: Hispánico _____ No-Hispánico _____

Raza: Blanca _____ Negra _____ Asiática _____ Indio Americano/Nativo de Alaska _____
Nativo Hawaiano/Otras Islas del Pacifico _____ Otra / múltiples razas _____

COURT CARE FOR THE PIKES PEAK REGION, INC.
Operado por: Early Connections Learning Center
Autorización y Consentimiento

Por la presente, yo, el firmante de este documento, autorizo a "Early Connections Learning Center" o a cualquiera de sus agentes de tomar las medidas necesarias para obtener y administrar Servicio Medico de Emergencia para el beneficio de mis hijos mientras estos se encuentren al cuidado de "Child Nursery Centers" y en mi ausencia.

Estas medidas pueden incluir, pero no están limitadas a lo siguiente:

1. Tratar de contactarme
2. Llamar a paramédicos

Yo eximo a "Early Connections Learning Center" y sus agentes de toda responsabilidad por cualquier decisión hecha de buena fe en la obtención y aplicación de tales servicios de emergencia.

Yo entiendo que soy responsable de proveer toda la información necesaria para el cuidado de mis hijos en el momento de enlistarse y que "Early Connections Learning Center" no será responsable por nada que pueda pasar como resultado de información falsa o insuficiente proveída por mi durante su enlistamiento.

Para la protección de mis hijos rigurosos standards de salud serán mantenidos. Lavado de manos y un "chequeo de salud" serán requeridos a la entrada. Debido ha estos standards de salud, yo entiendo que "Child Nursery Centers" no esta capacitado de proveer cuidado de niños que tengan una enfermedad contagiosa en el momento de admisión.

Yo entiendo que es mi responsabilidad de firmar por mis hijos a la entrada y a la salida del Centro. Ninguna otra persona esta autorizada a recoger a mis hijos a no ser que haya algún incidente imprevisto en la Corte.

Yo entiendo que se hará todo lo posible por contactarme en el evento de una emergencia que requiera atención medica para mis hijos.

Sin embargo,

Si no se me puede contactar, por la presente yo autorizo a "Early Connections Learning Center" de transportar a mi hijo al centro medico mas cercano y proveer a mi hijo el tratamiento medico necesario. Yo entiendo que el personal en el Centro del cuidado de niños están entrenados en los principios de Primeros Auxilios y en CPR (resucitación cardiopulmonar). Yo los autorizo de suministrar a mi hijo primeros auxilios y CPR cuando sea necesario.

Yo he leído las regulaciones y procedimientos del "Early Connections Learning Center" y estoy de acuerdo con estas.

Firma de pariente/guardián

Fecha

En caso de emergencia en que el pariente o guardián no pueda ser localizado las siguientes personas están autorizadas a recoger a mis hijos

1. Nombre _____ Relación con el niño _____

Teléfono. _____/

2. Nombre _____ Relación con el niño _____

Teléfono. _____

3. Nombre _____ Relación con el niño _____

Teléfono. _____

Firma de Pariente/Guardián

Fecha

COURT CARE FOR THE PIKES PEAK REGION, INC.
Operado por: By Early Connections Learning Center
POLITICAS DEL PROGRAMA

1. El “Early Connections Learning Center” en “South Tejon” tiene espacio disponible para niños desde 6 semanas hasta 14 años de edad.
2. El Centro esta abierto de 7:30am a 5:00pm de Lunes a Viernes. El Centro esta cerrado de 12:00pm a 12:30pm para almuerzo. Los niños tendrán que ser recogidos durante este tiempo a no ser que haya una autorización especial. Los parientes/Guardianes podrán traer sus hijos 15 min. antes de la cita con la corte y regresarlos inmediatamente terminados sus asuntos en la corte.
3. Para la protección y seguridad de los niños la misma persona que firmó al niño al traerlo al Centro también tendrá que firmar para sacar al niño del Centro.
4. Si por cualquier motivo Ud. necesita abandonar el local de la Corte para otros asuntos no relacionados a la Corte entonces Ud. deberá retirar el niño con Ud.
5. Si su hijo no es recogido para las 5:30pm y Ud. no se ha podido contactar se sobre-entiende que la persona que ha sido designada como “Persona Emergente” será contactada y autorizada para recoger a su hijo. Si los contactos emergentes no se han podido contactar, el Departamento de Servicios Humanos y la policía serán contactados después de las 5:30pm para recoger a su hijo/s.
6. Cualquier niño que tenga alguna enfermedad contagiosa no será permitido en el Centro. Esto incluye piojos en la cabellera.
7. El Centro proveerá asistencia medica para su hijo/s en caso de emergencia.
8. De acuerdo con leyes estatales el Centro debe reportar cualquier sospecha de abuso o falta de cuidado en los niños.
9. Solamente individuos que tengan asuntos oficiales en la corte están autorizados a usar los servicios de “Court Care For The Pikes Peak Region, Inc.” Se sobreentiende que la información dada puede ser verificada en la corte.
10. “Early Connections Learning Center” no es responsable por cualquier perdida ó robo de cualquier pertenencias dejadas en el Centro. El Centro hará lo mejor posible por mantener todas las pertenencias de su hijo juntas durante su visita. Por favor retire objetos de valor con Ud. será muy útil tener los objetos de su hijo con etiquetas que lo identifiquen.
11. Es sobreentendido que Ud. retornara al Centro en cuanto su asunto en la corte haya concluido. Asegúrese que un representante de la Corte firme su tarjeta cuando Ud. se retire de la Corte.

He leído y entendido sus regulaciones,

Firma de Pariente/Guardián

Fecha

Early Connections Learning Center Employee

COURT CARE FOR THE PIKES PEAK REGION, INC.
Validation Of Child Care Use
719-448-7747

POR FAVOR ENTREGUE ESTA TARJETA AL FUNCIONARIO DE LA CORTE AL ENTRAR

POR FAVOR ASEGURESE DE QUE LA TARJETA ES FIRMADA CUANDO SUS ASUNTOS EN LA CORTE CONCLUYAN Y DEVUEVALA AL CENTRO

Parent/Guardian Name: _____ Date: _____ /

Check One: Petitioner ___ Witness ___ Defendant ___ Juror ___ Victim ___ Other ___

of Children: _____ Ages: _____ Appt Time: _____ AM/PM

Time Out: _____ AM/PM

Division: _____

Print Court Official Name

Contact Phone Number

Other Departments:

	Clerk	Clinic	Comm. Serv.	D.A.	Prob.	Other
Initials:	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Time Out:	_____	_____	_____	_____	_____	_____

REFERRAL FOR CHILD CARE SERVICES

AUTHORIZED REFERRAL SIGNATURE REFERRING AGENCY & PHONE
NUMBER _____

PRINT NAME

TITLE

****** En el evento que sea necesario evacuar por favor de encontrarse con nosotros en el "Pioneer Museum" en las escaleras por el lado de Tejon.******