Escuela:			Estudiante:	
Género:	Grado:	Aula:	Fecha de Registro:	Registración Aceptada Por:

Colonial SCHOOL DISTRICT

The Power of WE

Tarjeta de Registro Del Estudiante

Sólo Para Uso Oficial:		Guardián/Custodia legal verificada:	
# de Identificación:		En la base de datos del estudiante:	
Cert. Nacimiento:		Registros solicitados:	
Vacunas:		Calificaciones recibidas:	

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Grado:		¿Ha estado este estudiante alguna vez registrado en una escuela Pública o Chárter de Delaware? ☐ Sí ☐ No			
Primer Nombre:			Género:	☐ Masculino ☐ Femenino	
Segundo Nombre:			Nacimiento:		
Apellido:			Teléfono de Casa:		¿No Publicado?: ☐ Yes ☐ No
Generación:	☐ Jr. ☐ Sr. ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V				

DESIGNACION de RAZA y ETNICIDAD

¿Es este estudiante Hispano o Latino? (Seleccione una respuesta.) Personas de origen Cubano, Mexicano, Puertorriqueño, Sur o Centro Americano, o de otra cultura y origen Hispano, sin importar la raza, son considerados Hispanos o Latinos. ☐ Sí ☐ No

Indique abajo la raza de este estudiante. Debe seleccionar por lo menos una raza, sin importar la designación étnica. Más de una respuesta puede ser seleccionada.

☐ Nativo Americano o Nativo de Alaska ☐ Negro o Afroamericano ☐ Blanco ☐ Asiático ☐ Nativo de Hawái o una Isla Pacífica

DIRECCION: Por favor indique la dirección física (de casa) y de correo si son diferentes.

Dirección Física		Dirección de Correo ¿Igual a la física? ☐ Sí ☐ No	
Apto. #:		# de Apto:	
Dirección:		Dirección:	
Urbanización:		Urbanización:	
Ciudad, Estado, Código Postal:		Ciudad, Estado, Código Postal:	

INFORMACION DE CONTACTO DEL PADRE/GUARDIAN

Primer Nombre:		Relación: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Madrastra ☐ Padrastro ☐ Guardián Designado por la Corte ☐ Otro (por favor liste):		
Segundo Nombre:				
Apellido:				
Generación:	☐ Jr. ☐ Sr. ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V	Vive con el niño:	☐ Yes ☐ No	
Apto. #:		Teléfono Celular:		
Dirección:		Teléfono de Casa:		¿Publicado? ☐ Sí ☐ No
Urbanización:		Teléfono del Trabajo:		
Ciudad:		Nacimiento:		
Estado/Código Postal:		Empleador:		

Por favor suministre una dirección de correo electrónico; separando cada letra en las siguientes casillas:

Primer Nombre:		Relación: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Madrastra ☐ Padrastro ☐ Guardián Designado por la Corte ☐ Otro (por favor liste):		
Segundo Nombre:				
Apellido:				
Generación:	☐ Jr. ☐ Sr. ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V	Vive con el niño:	☐ Yes ☐ No	
Apto. #:		Teléfono Celular:		
Dirección:		Teléfono de Casa:		¿Publicado? ☐ Sí ☐ No
Urbanización:		Teléfono del Trabajo:		
Ciudad:		Nacimiento:		
Estado/Código Postal:		Empleador:		

Por favor suministre una dirección de correo electrónico; separando cada letra en las siguientes casillas:

INFORMACION DEL CONTACTO DE EMERGENCIA: Debe tener 18 años de edad o mayor.

Importante
En evento de una emergencia, las personas listadas aquí serán contactadas si el padre/guardián **no** puede ser encontrado.

Primer Nombre:		Primer Nombre:	
Apellido:		Apellido:	
Relación:		Relación:	
Dirección:		Dirección:	
Ciudad, Estado, Código Postal:		Ciudad, Estado, Código Postal:	
Teléfono Celular:		Teléfono Celular:	
Teléfono de Casa:		Teléfono de Casa:	
Teléfono del Trabajo:		Teléfono del Trabajo:	

Estudiante: _____

Actualización del Historial de Salud del Estudiante: Esta información se compartirá con el personal, la administración y el personal de emergencias médicas, cuando sea estrictamente necesario en caso de emergencia, a menos que usted nos notifique lo contrario.

1. Por favor indique con una marca si su hijo/hija ha tenido alguno de los siguientes problemas. Indique fechas y otorgue información adicional en la sección destinada a comentarios.

☐ ADD/ADHD	☐ Hemorragia/Trastorno sanguíneo	☐ Conmoción cerebral	☐ Corazón	☐ Convulsiones*
☐ Alergias	☐ Tatuajes/Piercing corporal	☐ Diabetes	☐ Infecciones	☐ Habla
☐ Asma*	☐ Huesos/Columna	☐ Emocional	☐ Riñón	☐ Cirugía
☐ Conducta	☐ Intestinos/Vejiga	☐ Audición	☐ Discapacidad física	☐ Visión

☐ Otro: _____

Comentarios: _____

***Si su hijo tiene asma o convulsiones, debe proporcionarle a la enfermera de la escuela (al comienzo de cada año escolar) un Plan de acción de emergencia completado por un proveedor de atención médica autorizado, junto con TODOS los medicamentos de emergencia.**

( ) Sí ( ) No **2. ¿Tiene su hijo/hija alergia a medicamentos, látex o picaduras de insectos?**

¿A qué? _____ ¿Qué le sucede? _____

Tratamiento: _____

( ) Sí ( ) No **3. Padece su hijo/hija una alergia alimentaria?**

¿A qué? _____ ¿Qué le sucede? _____

Tratamiento: _____

Todos los estudiantes que padecen alergia a alimentos deben presentar un Plan de Acción para la Alergia Alimentaria completado por un profesional de la salud matriculado.

( ) Sí ( ) No **4. ¿Necesitará su hijo/hija un menú personalizado libre de alérgenos diseñado por los Servicios de Nutrición?**

Nota: Las comidas preparadas en el hogar son la opción más segura de alimentación

☐ **No.** Yo me haré completamente responsable de proporcionarle a mi hijo/hija comidas para la escuela libres de alérgenos.

☐ **Sí.** Entregaré a la enfermera escolar el Plan de Acción para la Alergia Alimentaria completado por un profesional de la salud matriculado.

( ) Sí ( ) No **5. ¿Ha tenido su hijo/hija alguna enfermedad desde que terminaron las clases?**

Tipo de enfermedad, con fecha(s): fecha(s): _____

( ) Sí ( ) No **6. ¿Ha tenido su hijo/hija alguna cirugía desde que terminaron las clases?**

Tipo de cirugía, con fecha(s): _____

( ) Sí ( ) No **7. ¿Ha recibido su hijo/hija alguna vacuna desde que finalizaron las clases?**

Indicar vacuna(s), con fecha(s): _____

( ) Sí ( ) No **8. ¿Recibe su hijo algún tratamiento o está siendo evaluado por algún problema de salud?**

Indique el/los problema(s): _____

( ) Sí ( ) No **9. ¿Toma su hijo alguna medicación o recibe algún tipo de tratamiento?**

Nombre de la medicación y/o tratamiento: _____

( ) Sí ( ) No ¿Necesita su hijo tomar alguna medicación durante el horario escolar? ***Si la respuesta es sí, por favor contáctese con la enfermera escolar para hacer los arreglos correspondientes.***

( ) Sí ( ) No **10. ¿Ha sido su hijo/hija examinado/a alguna vez por un oculista?**

Fecha del último examen: _____ Gafas recetadas: **( ) Sí ( ) No**

Si su hijo/hija usa lentes o lentes de contacto, ¿cuándo fue la receta cambiada por última vez? _____

( ) Sí ( ) No **11. ¿Cuál es el nombre del dentista de su hijo/hija?** _____

¿Cuál fue la fecha de su último examen odontológico?: _____

12. ¿Cuál es el nombre del médico de cabecera de su hijo/hija? _____

¿Cuál fue la fecha de su último examen físico: _____

( ) Sí ( ) No **13. ¿Ha experimentado su hijo/hija recientemente algún acontecimiento de vida importante, tal como una mudanza, muerte, separación, divorcio, etc., desde el fin del último año escolar? *Si la respuesta es sí, por favor comunicarse con la enfermera escolar o la consejera escolar.***

Firma del Padre / Tutor: _____ **Fecha:** _____

Estudiante:

Autorización para la Administración de Medicamentos de Venta Libre

Doy permiso para que mi hijo reciba los siguientes medicamentos de venta libre según lo determine la enfermera. Los medicamentos genéricos pueden sustituirse por los de marca. *(Marque todos los que correspondan):*

☐ Acetaminophen (Tylenol®) ☐ Ibuprofen (Advil®) ☐ Anbesol® ☐ Tums® (>12 años)

☐ Caladryl® ☐ Bacitracin / Ungüento antibiótico ☐ Pastillas para la Tos

☐ Sting Kill (insect sting relief) ☐ Petroleum Jelly/Vaseline® (topical use)

Firma del Padre / Tutor: _____ **Fecha:** _____

FICHA PARA TRATAMIENTO DE EMERGENCIA/ENFERMERÍA DE DELAWARE

Información médica

Médico: _____ Teléfono: _____

Dentista de la familia: _____ Teléfono: _____

Indicar todo diagnóstico médico serio del estudiante: _____

El estudiante es alérgico a: Medicamento: _____ Alimento: _____ Otro: _____

Seguro médico: Nº de Medicaid: _____

Otro: Nº de certificado: _____ Nº de grupo: _____ Tipo: _____

El objetivo de este formulario es proporcionar a la escuela información para ser usada en la atención del estudiante si se enferma o lesiona en la escuela. Esta información puede ser compartida con el personal escolar y el personal médico de emergencia únicamente "en los casos en que sea necesario que la conozcan".

PROCEDIMIENTO A SEGUIR POR LA ESCUELA EN CASO DE EMERGENCIA

Las escuelas han adoptado el siguiente procedimiento que será seguido normalmente para atender a su hijo/hija cuando requiera asistencia de emergencia en la escuela ya sea por un problema médico o de salud mental. En emergencias extremas la escuela buscará atención médica inmediata.

En caso de emergencia y/o si es necesario que el/la estudiante reciba atención médica u hospitalaria:

1. La escuela llamará a la casa del estudiante. Si nadie responde,
2. La escuela llamará al lugar de empleo del padre, madre o tutor 1 o 2. Si nadie responde,
3. La escuela llamará a los otros números de teléfono indicados y al médico.
4. Si ninguno de los contactos anteriores responde, la escuela pedirá una ambulancia, si fuese necesario, para transportar al niño a un centro médico local.
5. En base a lo que opine el médico que lo atienda, el niño podrá ser internado en un centro médico local.
6. La escuela continuará llamando a los padres, tutores y al médico hasta ponerse en contacto con alguno de ellos.
7. La información contenida en este formulario puede ser compartida con el personal médico de emergencia.

Si no me pueden localizar y las autoridades escolares han seguido el procedimiento descrito, estoy de acuerdo en asumir todos los gastos relacionados con el transporte y el tratamiento médico de este/esta estudiante. También presto mi consentimiento por este medio para cualquier tratamiento, cirugía, procedimiento de diagnóstico o administración de anestesia que pueda ser llevado a cabo en base a la opinión médica del doctor que lo atienda.

Firma del Padre / Tutor: _____ **Fecha:** _____

INSEGURIDAD ALIMENTARIA: Colonial tiene programas para apoyar a las familias que tienen acceso limitado a los alimentos. Por favor, responda a las siguientes preguntas sobre su acceso a los alimentos para su familia.

En los últimos 12 meses, nos preocupaba que se nos acabara la comida antes de conseguir dinero para comprar más.		Frecuentemente		Algunas Veces		Nunca
En los últimos 12 meses, la comida que compramos no nos duró y no tuvimos dinero para conseguir más.		Frecuentemente		Algunas Veces		Nunca

Estudiante:	

INFORMACION ESPECIAL DE CUSTODIA: Si el niño vive con alguien que no sea su madre o padre natural, por favor indique:		**INFORMACION ADICIONAL**	
Nombre:		¿Ha sido el estudiante expulsado?	☐ Sí ☐ No
Relación:		¿Ha estado en un programa para Superdotados?	☐ Sí ☐ No
¿Existen Documentos de Custodia para este Estudiante? ☐ Sí ☐ No		**Tiene su niño (documentación requerida):**	
Si así es, por favor presente una copia de los papeles para el archivo.		Un PEI (Plan de Educación Individualizada)	☐ Sí ☐ No
		Un Plan de Acomodaciones 504	☐ Sí ☐ No

HISTORIAL DE EDUCACION: Por favor liste la experiencia más reciente de su niño (incluyendo preescolar, si es aplicable).	
Nombre de la persona o programa:	
Dirección:	
Ciudad, Estado, Código Postal:	
☐ Casa/Niñera ☐ Guardería ☐ Programa de Educación Temprana	
¿Recibió su niño algunos de los siguientes servicios en la escuela anterior? ☐ Educación Especial ☐ Título I ☐ Inglés como 2º Idioma ☐ Otro:	

INFORMACION DE EDAD DE LOS HERMANOS											
Nombre:						Nombre:					
Edad:		Grado:		Género: ☐ Masc. ☐ Fem.		Edad:		Grade:		Género: ☐ Masc. ☐ Fem.	
Escuela:						Escuela:					
Nombre:						Nombre:					
Edad:		Grado:		Género: ☐ Masc. ☐ Fem.		Edad:		Grade:		Género: ☐ Masc. ☐ Fem.	
Escuela:						Escuela:					

ARREGLOS PARA LA GUARDERIA	
Nombre:	
Dirección:	
Ciudad, Estado, Código Postal:	
Teléfono:	

INFORMACION DE TRANPORTE:			
	Por favor marque la casilla que aplique para su niño.		**Comentarios**: Si la parada del autobús escolar es diferente de la dirección de su casa, por favor liste la dirección en esta columna.
A la Escuela	Mi hijo tomará el autobús a la escuela desde la **casa**		
	Mi hijo tomará el autobús a la escuela desde la **guardería**		
	Mi hijo caminará a la escuela cada día		
	Mi hijo será conducido a la escuela cada día		
De la Escuela	Mi hijo tomará el autobús desde la escuela a la **casa**		
	Mi hijo tomará el autobús a la **guardería** después de la escuela		
	Mi hijo caminará a la casa después de la escuela cada día		
	Mi hijo será recogido de la escuela cada día		

Yo certifico que soy un residente actual del Estado de Delaware y que todas las declaraciones en esta aplicación hechas por mí son verdaderas, completas y correctas según mi conocimiento y creencia, y que son hechas en buena fe. Yo entiendo y reconozco que cualquier declaración falsa u omisión de hechos materiales en el formulario de aplicación puede resultar en el rechazo del formulario de aplicación, descalificación del proceso de lotería si es aplicable, retiro u oferta de invitación, y/o terminación de la opción escolar por la agencia de educación local receptora a la cual yo apliqué.

Firma del Padre/Guardián/Pariente a Cargo **Fecha**

Información Sobre Cómo el Distrito Escolar Colonial Comparte la Información del Estudiante

El Distrito Escolar Colonial reconoce la necesidad de proteger la información y privacidad del estudiante mientras promueve actividades educacionales y extra-curriculares en medios del distrito y externos. La Ley Federal (FERPA) le permite al distrito liberar información bajo circunstancias limitadas. La información del directorio es información sobre un estudiante que generalmente no es considerada invasión de la privacidad, como el nombre, dirección, fotografías, actividades y deportes. Si usted desea que el distrito no libere esta información o incluya a su niño en artículos y fotos, por favor obtenga un formulario de consentimiento en la oficina de la escuela de su niño.

Nombre del niño (último, primero): _____,_____ Updated 3/30/26

Colonial
SCHOOL DISTRICT

Colonial Early Education Program (CEEP)
The Colwyck Center, 12 Landers Lane, New Castle, DE 19720; Colwyck Office (302) 429-4085
2026-2027 Contrato de Preescolar Para Padres/Tutores

Gracias por inscribir a su hijo/a en el Programa de Educación Temprana Colonial (CEEP). Lea atentamente el Manual para Padres y este contrato. Firme cada sección con sus iniciales, según se indica. **TODAS las familias DEBEN completar este contrato.**

Niños con y sin IEP: Los niños con discapacidades identificadas asisten a la jornada escolar "regular" de forma gratuita y se les ofrece transporte gratuito. Los niños sin IEP asisten mediante matrícula, Compra de Cuidado (POC) o el Programa de Cuidado y Educación Temprana Financiado por el Estado (SFECEP). NO se proporciona transporte a compañeros típicos. Los niños que participan en SFECEP pueden o no tener un IEP.

Transporte (Marque una):

- ❑ Mi hijo tiene un IEP y viajará en autobús todos los días.
- ❑ Mi hijo tiene un IEP y viajará en automóvil todos los días.
- ❑ Mi hijo no tiene un IEP y viajará en automóvil todos los días..

Procedimientos de matrícula y compra de atención (POC): TODOS los copagos de matrícula y POC deben pagarse en su totalidad en la fecha de vencimiento. Las cuotas de matrícula deben pagarse antes de las 3:00 p. m. del primer día de cada mes y constan de 10 pagos (POC-11); depósito (no POC), (POC/agosto) septiembre, octubre, noviembre, diciembre, enero, febrero, marzo, abril, mayo. (POC/June). **Se podría aplicar un recargo de $20 por retraso (excluyendo a estudiantes de color) si no se recibe el pago dentro de los 10 días posteriores a la fecha de vencimiento. Su hijo podría ser eximido del programa por falta de pago.**

- **Día Completo:** La matrícula para niños de tres y cuatro años que asisten a un programa de día completo es de 10 pagos de $400, por un total de $4000 por año.
- **Medio día:** La matrícula para niños de tres años que cursan medio día es de 200 dólares al mes, por un total de 2000 dólares al año.

PARA familias POC: Es responsabilidad del padre, madre o tutor pagar el copago parental requerido dentro de la semana siguiente a la recepción de la Notificación Mensual de Copago de POC enviada por la escuela, así como actualizar la documentación de POC ante el DHSS. **Tenga en cuenta que el copago parental vence a principios de mes, ANTES "de que se presten los servicios."** El incumplimiento de los requisitos de asistencia podría resultar en la baja del estudiante. En caso de que el beneficio de POC sea denegado, revocado o no renovado, las familias estarán obligadas a pagar la tarifa de matrícula indicada anteriormente.

Pagos- PARA FAMILIAS QUE PAGAN: Los pagos pueden realizarse en línea en http://www.colonialschooldistrict.org/ceep/ o con un cheque a nombre de "Colonial School District". Los cheques deben entregarse en la oficina de la escuela. **Registre el nombre de su hijo en la sección de notas, si corresponde.** Si tiene preguntas sobre los pagos, comuníquese con Kimberly Tomlinson a kimberly.tomlinson@colonial.k12.de.us o al (302) 429-4060.

Para todas las familias: Les pedimos que se esfuercen por llegar a la escuela antes de la hora de recogida programada. Las familias con recogidas tardías excesivas tendrán un cargo de $20. **Su hijo podría ser dado de baja del programa debido a ausencias excesivas, llegadas tarde (3 o más), retrasos en la recogida y/o falta de pago. (En el caso de recogida tardía en el servicio de cuidado infantil: se aplicará un cargo una vez que se hayan agotado las horas autorizadas y se podrá emitir un aviso de terminación de 5 días tras acumular 3 o más retrasos en la recogida).**

Acepto cumplir con los procedimientos de pago/POC descritos:

Pon tus iniciales aquí: _____ **Fecha:** _____

El cribado: Los niños en edad preescolar reciben evaluaciones auditivas, visuales y dentales GRATUITAS. Recibirá los resultados de la evaluación de su hijo poco después de cada evaluación.

Iniciales aquí para reconocer que ha leído esta página: _____ **Fecha:** _____

Día del Estudiante 2026-2027 - Entiendo que mi hijo asistirá a (Marque una):

Nombre del niño (último, primero): _____,_____ Updated 3/30/26

- ❑ Programación de día completo en Colwyck desde 9:30 AM-3:30 PM
- ❑ Programación AM de medio día en Colwyck desde 9:30 AM-12:00 PM
- ❑ Medio dia PM Programación en Colwyck desde 1:00 PM-3:30 PM

Procedimiento de cambio de información de contacto, derechos parentales y tutela : Los padres/tutores deben notificar por escrito a la secretaría del CEEP cualquier cambio en la patria potestad/tutela, dirección, número de teléfono, correo electrónico, empleo o contacto de emergencia.
Acepto la información de contacto, la patria potestad y los procedimientos de tutela descritos anteriormente.

Pon tus iniciales aquí:: _____ Fecha: _____

Consultores de salud mental: Colonial School District es comprometidos a apoyar las necesidades de todos los niños, y nuestro programa preescolar se beneficia de la colaboración con Consultores de Salud Mental, quienes realizan observaciones generales en el aula. Tras las observaciones, los Consultores de Salud Mental brindan al personal retroalimentación sobre las prácticas generales en el aula. Los Consultores de Salud Mental solo trabajan con niños individuales o con sus padres/tutores legales tras la firma del consentimiento parental.

Entiendo que un consultor de salud mental puede realizar una observación general en el aula de mi hijo:

Pon tus iniciales aquí:: _____ Fecha: _____

Procedimientos en caso de enfermedad, lesión y ausencia médica: Es importante que los niños asistan a la escuela todos los días cuando se sientan bien, y deben quedarse en casa cuando estén enfermos. Los niños deben quedarse en casa durante 24 horas si tienen fiebre (100.6 grados Fahrenheit), diarrea, vómitos o una enfermedad contagiosa. Los niños deben estar libres de fiebre durante 24 horas, sin el uso de ibuprofeno o acetaminofén, para regresar a la escuela. Se necesita documentación médica para ser excusado del recreo. Un padre/tutor debe comunicarse con la oficina principal por teléfono, correo electrónico o nota escrita a más tardar a las 9:00 a.m., el mismo día de la ausencia, para informar a la escuela sobre la ausencia de su hijo. Los niños que se quedan en casa debido a una enfermedad deben traer una nota firmada por un padre/tutor que describa el motivo de la ausencia el día del regreso. Consulte el Manual para padres de CEEP para obtener la "Nota de cita/enfermedad de CEEP". Los niños que han sido ingresados en el hospital por cualquier motivo deben comunicarse con las enfermeras para obtener el protocolo necesario para regresar a la escuela. Los niños que hayan sufrido una lesión y necesiten modificaciones en su jornada escolar necesitan documentación médica que describa la atención que requieren en la escuela. Los niños que hayan estado enfermos durante tres días o más deben traer un justificante médico al regresar a la escuela. Los niños que estén bajo atención médica por una enfermedad o afección médica en curso deben compartir la documentación médica con las enfermeras.

Acepto cumplir con los procedimientos de enfermedad, lesión y ausencia médica descritos anteriormente:

Pon tus iniciales aquí:: _____ Fecha: _____

Parents Right to Know Notice:
Aviso de los padres de derecho a saber: Bajo el Código de Delaware, los padres / tutores tienen derecho a inspeccionar el registro activo y archivos de quejas de cualquier instalación de cuidado de niños con licencia. Para revisar el registro de una guardería, comuníquese con el Especialista Administrativo, Oficina de Licencias de Cuidado Infantil, 3411 Silverside Road, Concord Plaza, Edificio Hagley, Wilmington, DE 19810. Teléfono (302) 892-5800. También puede ver las quejas fundamentadas y los historiales de revisión de cumplimiento visitando la oficina de Child Care Licensing en la búsqueda de cuidado infantil en https://education.delaware.gov/families/office_of_early_learning/
Entiendo que puedo contactar a OCCL para ver esto información:

Firme aquí: _____ Fecha: _____

Permiso de Tiempo de Pantalla: Los niños mayores de dos años pueden tener videos educativos, películas o juegos incorporados en su plan de estudios. Éstos se pueden ver en un SMARTboard, un ordenador o una tableta.
Entiendo que los estudiantes de CEEP tendrán acceso a 30 minutos o menos de tiempo de pantalla educativa por semana.

Inicial aquí: _____ Fecha: _____

Accederé al Manual de Padres en línea en o solicitaré una copia impresa del manual, y lo leeré en su totalidad. He rubricado en las áreas requeridas en este Contrato, y estoy de acuerdo en cumplir con todos los procedimientos descritos en el Manual para Padres y esto en Contrato.

Nombre en letra de molde: _____ Firme aquí: _____ Fecha: _____

Nombre del niño: _____, _____ Actualizado 3/27/26

Colonial
SCHOOL DISTRICT

Colonial Early Education Program (CEEP) at The Colwyck Center
2026-2027 State-Funded Early Care and Education Program (SFECEP)
Programa de educación y cuidado temprano financiado por el estado (SFECEP)

Contrato Prescolar para Padres / Tutores

Los niños inscritos en SFECEP en el Distrito Escolar Colonial asistirán a preescolar gratis en el Centro Colwyck durante todo el día (9:30 a.m. a 3:30 p.m.). Todas las familias cuyos hijos participan en SFECEP deben leer y firmar este contrato.

- **Asistencia:** Se espera que los niños que participan en SFECEP asistan a la escuela todos los días, a menos que estén demasiado enfermos para asistir, y que lleguen a tiempo a la escuela todos los días. Cuando un niño está ausente de la escuela, los padres / tutores deben presentar una nota de ausencia explicando el motivo de la ausencia. El exceso de llegadas tarde, salidas anticipadas y ausencias dará lugar a una reunión para analizar las barreras a la asistencia regular. Si el niño no reanuda su asistencia, el programa considerará la plaza vacante.
- **Consejo de Políticas del CEEP:** Se alienta a los padres de SFECEP a asistir a las reuniones del Consejo de Políticas del CEEP. Estas reuniones brindan a las familias la oportunidad de ayudar a tomar decisiones programáticas y de brindar retroalimentación.
- **Elegibilidad:** la elegibilidad para SFECEP se determina con base en una variedad de criterios relacionados con los ingresos. Se espera que los padres / tutores proporcionen la documentación requerida a la oficina de la escuela dentro de los plazos establecidos. Si no presenta la documentación requerida en la (s) fecha (s) de vencimiento, se puede revocar la invitación de CEEP.
- **Inscripción:** las aulas del CEEP siguen el modelo de inclusión para que los niños con y sin discapacidades se inscriban en las aulas del CEEP. Los niños que participan en SFECEP pueden o no tener una discapacidad identificada.
- **Visitas al hogar:** las familias de los estudiantes de SFECEP deben participar en las visitas al hogar dos veces al año.
- **Documentación médica:** las familias de los estudiantes de SFECEP deben presentar copias de los exámenes físicos anuales, registros de vacunación, pruebas de plomo y pruebas de tuberculosis, según sea necesario, a la enfermera del CEEP.
- **Evaluación:** los niños que participan en SFECEP deben participar en la evaluación.
    - La evaluación del desarrollo será completada por los padres / tutores al menos una vez por año escolar. El personal de la escuela notificará a las familias cuando se necesite una evaluación del desarrollo actualizada.
    - Se ofrecerán exámenes de detección dental a través del Programa Smile Check del Departamento de Salud (DPH) de Delaware. Este servicio incluye: 1) un componente educativo, en el que el personal dental enseña a los niños sobre salud bucal; 2) un examen de detección oral, en el que un dentista busca signos de caries; y 3) un tratamiento con flúor. Las familias recibirán los resultados del examen dental y, en caso de detectarse alguna inquietud, se les proporcionará información de apoyo. El personal del CEEP asistirá a las familias para acceder a atención dental en caso de ser necesario. Si se recomienda una evaluación más exhaustiva, las familias del SFECEP deberán presentar ante la escuela la documentación con los resultados de dicho examen. Las familias de los estudiantes del SFECEP deben solicitar la participación en el Programa Smile Check O bien presentar un comprobante de un examen dental reciente.
    - La enfermera del CEEP realizará una prueba de detección auditiva al menos una vez al año. Todas las familias recibirán los resultados de dicha prueba por escrito y, en caso de detectarse alguna inquietud, la enfermera del CEEP entregará a la familia una carta de remisión para un examen auditivo. El personal del CEEP asistirá a las familias para acceder a dicho examen en caso de ser necesario. Si se emite una remisión, las familias del SFECEP deberán entregar la documentación con los resultados del examen a la enfermera del CEEP.
    - La enfermera del CEEP realizará un examen de la vista al menos una vez al año. Todas las familias recibirán los resultados del examen por escrito y, si se detecta alguna inquietud, la enfermera del CEEP entregará a la familia una carta de remisión para un examen oftalmológico. El personal del CEEP asistirá a las familias para acceder a dicho examen, en caso de ser necesario. Si se emite una remisión, las familias del SFECEP deberán entregar la documentación con los resultados del examen a la enfermera del CEEP.

Entiendo que mi hijo está participando en SFECEP, y acepto cumplir con todas las expectativas para padres/tutores de SFECEP descritas anteriormente. Entiendo que el incumplimiento de las expectativas de SFECEP enumeradas anteriormente puede resultar en que mi hijo sea excluido de la programación de SFECEP.

Nombre en letra de imprenta: _____ **Firme aquí:** _____ **Fecha:** _____

Delaware McKinney-Vento Student Residency Questionnaire

Nombre de la Escuela _____ Sexo: Masculino Femenino

Nombre del Estudiante: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad:_____ # de Seguro Social:_____
Mes / Dia / Año (o número de identificación escolar)

El propósito de este cuestionario es presentar los Acta McKinney-Vento (42 U.S.C. 1143a (2)). Las respuestas a estas preguntas ayudarán determinar los servicios que el estudiante debe recibir.

1. ¿Es su domicilio actual un arreglo de vivienda temporal (de poca duración)? _____ Si _____ No

2. ¿Es este arreglo de vivienda temporal debido a la pérdida de su casa, vivienda o habitación, o debido a algún problema económico (ejemplo: ¿desempleo)? _____ Si _____ No

Si usted contestó Si a estas preguntas, por favor complete el resto de este formulario. Si usted contestó NO a estas preguntas, no siga.

¿Dónde se encuentra viviendo el estudiante actualmente? *(Marque una opción.)*

- ☐ En un motel
- ☐ En un albergue o lugar de refugio
- ☐ Con más de una familia en una casa o apartamento
- ☐ Moviéndose de lugar en lugar
- ☐ En un lugar generalmente no designado para dormir (ejemplo: carro, parque, o campamento)

Presentar información falsa o la falsificación de documentos para uso escolar son ofensas bajo la Sección 37.10, del Código Penal, y la inscripción del estudiante usando documentos falsos traerá como consecuencia que los responsables estarán sujetos a pagar los gastos de instrucción u otros cargos. TEC Sec.25.002 (3) (d).

Soy el padre/tutor legal de _____, que está en edad escolar y desea inscribirse en el distrito escolar.

Nombre del Padre/Madre/Guardián: _____

Dirección: _____ Zona Postal _____ Teléfono_____

I certify the above-named student qualifier for the Child Nutrition Program under the provision of the McKinney-Vento Act.

_____ _____
Date McKinney-Vento Liaison Signature

Actualizado 2/2/23

Programa de Educación Temprana de Colonial (CEEP, por sus siglas en inglés)
Formulario de Información de Servicios Adicionales

El Programa de Educación Temprana de Colonial (PETC) está trabajando en conjunto con las clínicas / agencias de atención médica locales y las agencias de servicios sociales para proporcionar servicios adicionales de bajo costo o gratuitos para los niños que sean elegibles. Por favor complete este formulario CONFIDENCIAL para que podamos determinar la elegibilidad de su hijo(a), y ayudarle a acceder a cualquier servicio que necesite. Para ver las definiciones de los siguientes términos, por favor mire el respaldo de este formulario.

Por favor complete la siguiente información:

Nombre del Niño(a):	Fecha de Nacimiento:	**Hogar** Dirección:
Nombre(s) del Padre/Tutor:	Número(s) de teléfono del Padre/Tutor:	Dirección(es) de **Correo Electrónico** del Padre/Tutor:
Actualmente mi familia está recibiendo "SSI"- (Seguridad de Ingreso Suplementario). ___ Sí ___ No ___No sé	Mi familia cualifica para "TANF" (Asistencia Temporal a Familias Necesitadas). ___ Sí ___ No ___No sé	Mi familia cualifica para "SNAP" (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria). ___ Sí ___ No ___No sé
Mi familia está experimentando falta de vivienda. ___ Sí ___ No ___No sé	El niño para el que estoy enviando esta solicitud vive en Cuidado Temporal /Acogimiento Familiar. ___ Sí ___ No ___No sé	Somos una familia inmigrante. ___ Sí ___ No ___No sé
Mi familia cualifica para WIC. ___ Sí ___ No ___No sé	Mi hijo(a) cualifica para los Servicios para el Cuidado de Niños/ Compra de Cuidados ("POC"). ___ Sí ___ No ___No sé	Mi hijo participó en los servicios de visitas domiciliarias cuando era un bebé/niño pequeño. ___ Sí ___ No ___No sé
Información médica y de salud		
Mi hijo(a) ha ido a un odontólogo en los últimos 12 meses. ___ Sí ___ No ___No sé	Mi hijo(a) ha tenido un examen de audición durante los últimos 12 meses. ___ Sí ___ No ___No sé	Mi hijo(a) ha tenido un examen de visión durante los últimos 12 meses. ___ Sí ___ No ___No sé
Mi hijo(a) tiene seguro dental. ___ Sí ___ No ___No sé	Mi hijo(a) tiene seguro médico. ___ Sí ___ No ___No sé	Mi hijo califica para Medicaid ___ Sí ___ No ___No sé
Nombre del dentista o consultorio dental del niño: _____	Nombre la compañía de seguros médicos que cubre a su hijo: _____	Nombre del médico o práctica médica del niño: _____

Nombre del padre /tutor que está completando el formulario:	Firma:	Fecha:
Nombre del miembro del personal que recibe el formulario y/ o está completando el formulario con el padre/ tutor:	Firma:	Fecha:

Delaware Department of Education

DEPARTMENT OF EDUCATION

Townsend Building
401 Federal Street Suite 2
Dover, Delaware 19901-3639
DOE WEBSITE: http://www.doe.k12.de.us

Susan S. Bunting, Ed.D.
Secretary of Education
Voice: (302) 735-4000
FAX: (302) 739-4654

Departamento de Educación de Delaware - Encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar

Spanish

Fecha: _____ **Escuela:** _____

El Departamento de Educación de Delaware exige a las escuelas que determinen el/los idioma(s) que los estudiantes hablan en el hogar. La información proporcionada solo será utilizada para decidir si el estudiante reúne los requisitos para comenzar el proceso de adquisición del inglés como segunda lengua y no será utilizada para temas relacionados con la inmigración ni se informará a las autoridades migratorias.

Información sobre el estudiante				
Nombre:			**País de origen:**	
Apellido:			**Fecha de ingreso en EE. UU.:**	
Fecha de nacimiento:			**Fecha en la que el estudiante se inscribió por primera vez en una escuela de EE. UU.:**	

Haga un círculo en los grados a los que su hijo asistió en escuelas de EE. UU.

PK K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

¿Durante cuántos meses el estudiante ha estado inscripto en una escuela de EE. UU? _____

1. ¿Cuál fue el primer idioma que aprendió su hijo?

   Idioma: _____ | Dialecto: _____

2. ¿Cuál es el idioma que su hijo usa con mayor frecuencia en el hogar?

   Idioma: _____ | Dialecto: _____

3. ¿Cuál es el idioma que usted utiliza con más frecuencia para hablar con su hijo?

   Idioma: _____ | Dialecto: _____

4. ¿Qué idioma (s) aparte del inglés se hablan en su casa?

   Idioma: _____ | Dialecto: _____

5. ¿Con qué idioma preferiría recibir información de la escuela?

   Idioma: _____ | Dialecto: _____

_____ _____ _____

Nombre del padre | Firma del padre | Fecha

LEA : Please have all families complete this home language survey at the student's initial enrollment in school. This form must be signed and dated by the parent or guardian and kept in the student's file. (If a language other than English or Non-US English is listed on questions 1-3, the LEA must continue with a records review, step 2 of the English learner identification process.)

THE DELAWARE DEPARTMENT OF EDUCATION IS AN EQUAL OPPORTUNITY EMPLOYER. IT DOES NOT DISCRIMINATE ON THE BASIS OF RACE, COLOR, RELIGION, NATIONAL ORIGIN, SEX, SEXUAL ORIENTATION, GENDER IDENTITY, MARITAL STATUS, DISABILITY, AGE, GENETIC INFORMATION, OR VETERAN'S STATUS IN EMPLOYMENT, OR ITS PROGRAMS AND ACTIVITIES.

01014

INFORMACIÓN DE SALUD DE LOS ESTUDIANTES

AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA Y REGISTROS EDUCATIVOS

Nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____ **No. de historia clínica** *(para completar por el personal)*

Teléfono: _____ **Domicilio:** _____

USAR Y DIVULGAR HISTORIAS CLÍNICAS O REGISTROS EDUCATIVOS ENTRE:

Instalación o nombre:	**Nemours/Alfred I. duPont Hospital for Children**	Nombre del distrito:	
Domicilio:	**1600 Rockland Road**	Nombre de la escuela:	
Ciudad/estado/ Cod. postal:	**Wilmington, DE 19899**	Domicilio:	
Teléfono#:		Teléfono#:	
		Fax #:	

AUTORIZACIÓN:

1. Autorizo al personal de enfermería escolar y al personal médico de Nemours a discutir y compartir registros educativos e información de salud.
2. Comprendo que el personal de enfermería escolar tendrá acceso a la información relacionada con el tratamiento y no tratamiento contenida en el registro médico de mi hijo.
3. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a Nemours y a mi escuela a las direcciones mencionadas arriba.
4. Comprendo que mi revocación no afecta las divulgaciones hechas antes de que se reciba y procese la revocación.
5. Comprendo que la firma de esta autorización es totalmente voluntaria.
6. Puedo solicitar una copia de este formulario después de firmarlo.

FECHA DE CADUCIDAD: Esta autorización caducará cuando finalize el año escolar actual (15 de agosto) a menos que se especifique una fecha anterior: _____

Firma del padre/tutor/representante legal*: _____ Fecha: _____

Nombre del padre/tutor/representante legal en imprenta*: _____ Relación con el paciente: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

* Padre o estudiante elegible, tal como se establece y define en la Ley de Derechos de Privacidad y Educación Familiar (FERPA)

Colonial SCHOOL DISTRICT

Colonial Early Education Program
12 Landers Lane, New Castle, DE 19720
www.colonialschooldistrict.org
Colwyck Office (302) 429-4085
Colwyck Fax (302) 429-4097

HISTORIAL DE ANTECEDENTE

Nombre del Niño: _____
Primero Segundo Apellido

Nacimiento: ___/___/___ Edad: _____ Género: M ___ F ___ Raza: _____

Nombre de la Madre: _____ Edad: _____

Nombre del Padre: _____ Edad: _____

Nombre del Guardián Legal (si aplica): _____ Edad: _____

La persona llenando este formulario: _____
Nombre Relación con el niño

¿Con quién vive el niño? _____
Nombre Relación con el niño

Dirección de los Padres o del Guardián Legal:

_____
Calle Apto. # (si aplica) Ciudad Estado Código Postal

Dirección de Correo de los padres o del tutor legal (si es diferente a la anterior):

_____
Calle Apto. # (si aplica) Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular: _____

Teléfono del Trabajo (madre): _____ Teléfono del Trabajo (padre): _____

Correo Electrónico: _____

¿En cuál distrito escolar está localizado el hogar de su hijo? _____

¿Asiste su hijo a un centro de cuidado infantil/guardería? _____ Si es así, ¿cuál centro/guardería?

_____
Nombre del centro Dirección del centro

Idioma(s) hablado(s) en casa: _____

Otros adultos viviendo en el hogar:

_____ _____

Nombre Relación Nombre Relación

Otros niños viviendo en el hogar:

Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Relación: _____

HISTORIAL DE NACIMIENTO

¿Hubo algún problema durante el embarazo? Sí _____ No _____

Si es así, por favor explique: _____

_____

_____

_____

_____

Duración del embarazo: Termino Completo _____ Prematuro _____ _____

¿Cuántas semanas?

Tipo de parto: Normal: _____ Pies primero: _____ Con Pinzas: _____ Cesárea: _____

Peso al Nacer: _____ Condiciones del bebé al nacer: _____

¿Alguna complicación durante el parto? Sí _____ No _____

Si es así, por favor explique: _____

_____

_____

Duración de la estadía en el hospital: _____

¿Alguna complicación durante la estadía en el hospital? Sí _____ No _____

Si es así, por favor explique: _____

_____

_____

HISTORIAL DE SALUD

Nombre del médico de su hijo: _____
Primero Apellido

Número Telefónico del médico: (_____) _____

¿Ha sido examinada la audición de su hijo? Sí _____ No _____ Si es así, ¿cuándo? _____

Los resultados del examen: _____

¿Tiene su hijo un historial de infecciones de oído? Sí _____ No _____

Si es así, ¿cuándo fue su primera infección de oído? _____ ¿Cuándo fue la infección más reciente? _____

¿Con qué frecuencia ha tenido su hijo infecciones de oído?

Frecuentemente _____ Ocasionalmente _____ Raramente _____ Nunca _____

¿Ha tenido su hijo tubos colocados quirúrgicamente? _____

¿Ha sido examinada la visión de su hijo? Sí _____ No _____ Si es así, ¿cuándo? _____

¿Cuáles fueron los resultados del examen? _____

¿Hay algunos otros médicos o especialistas que hayan tratado a su hijo? Si es así, por favor lístelos:

_____
Nombre Dirección Número de Teléfono

_____
Nombre Dirección Número de Teléfono

_____
Nombre Dirección Número de Teléfono

¿Tiene su hijo algunos problemas significativos de salud? Sí _____ No _____

Si es así, explique: _____

_____

_____

¿Está su hijo en la actualidad tomando algún medicamento? Sí _____ No _____

Si es así, por favor lístelos: _____

_____

_____

DESARROLLO DEL NIÑO

¿Tiene usted preocupaciones acerca del desarrollo de su hijo? Sí _____ No _____

Si es así, explique: _____

_____

_____

¿Está su hijo entrenado para ir al baño? Sí _____ No _____ ¿A qué edad fue entrenado? _____

¿Toma su hijo de un vaso abierto regularmente? Sí _____ No _____

Si no, ¿qué usa él/ella? _____

¿Usa o usó su hijo un chupón frecuentemente? Sí _____ No _____

¿Tiene su hijo un historial de ahogarse o dificultad al pasar alimentos? Sí _____ No _____

Si es así, explique: _____

_____

_____

¿Su hijo ha recibido alguna vez servicios de educación especial (incluyendo infancia temprana, terapia del habla, terapia ocupacional, fisioterapia)? Sí _____ No _____

Si es así, por favor describa:

Tipo de Servicio	Cuándo	Dónde
Tipo de Servicio	Cuándo	Dónde
Tipo de Servicio	Cuándo	Dónde

DESARROLLO DEL HABLA Y LENGUAJE

¿Cuándo su hijo usó sus primeras palabras con significado? _____

¿Cómo se comunica su hijo con usted con mayor frecuencia? Marque todas las que apliquen:

Sonidos _____ Palabras Sencillas _____ Frases u Oraciones _____ Gestos _____ Señalando _____

Lo lleva objetos deseados _____ Otro (por favor describa) _____

¿Qué tan bien es su hijo comprendido por los demás?

Padres Poco _____ Lo Justo _____ Bien _____

Hermanos Poco _____ Lo Justo _____ Bien _____

Compañeros Poco _____ Lo Justo _____ Bien _____

¿Usa su hijo por lo menos 50 palabras? Sí _____ No _____ Si no, ¿cuántas palabras? _____

¿Es su hijo capaz de tener una conversación simple con usted? Sí _____ No _____

¿Tiene su hijo dificultad comprendiendo preguntas de otros o siguiendo indicaciones? Sí ___ No ___

Si es así, ¿cuándo ha observado esto? _____

_____

_____

Si su hijo tiene dificultad comprendiendo o comunicándose, ¿cómo reacciona él/ella a esta dificultad?

_____

_____

¿Cuál ha sido el curso general de la dificultad en la comunicación?

Ha mejorado _____ Permanece igual _____ Ha empeorado _____

COMPORTAMIENTO DEL NIÑO

¿Cuáles son las actividades o juguetes favoritos de su hijo? _____

_____

¿Es su hijo capaz de jugar por sí mismo por un periodo corto de tiempo? Sí _____ No _____

¿A su hijo le gusta jugar con otros niños? Sí _____ No _____

Por favor describa algunos problemas frecuentes de comportamiento que ud pueda tener con su hijo:

_____

_____

_____

¿Cuáles son las fortalezas de su hijo? _____

_____

_____

_____

HISTORIAL FAMILIAR

¿Existe un historial familiar de problemas del habla, lenguaje o aprendizaje? Sí _____ No _____

Si es así, por favor describa el tipo de problema y quién tuvo el problema: _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

HISTORIAL DE GUARDERÍA Y PREESCOLAR

Si su hijo asiste a la **guardería**, por favor responda a lo siguiente:

Tipo: Pública _____ Privada _____ Casa _____ Casa de un familiar _____

Nombre de la Guardería: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Persona de Contacto: _____

¿Cuántos días y horas asiste su hijo a la guardería? _____ días por semana, _____ horas por día.

¿Ha el proveedor de la guardería expresado alguna preocupación acerca de su hijo? Sí ___ No ___

Si es así, explique: _____

_____

Si su hijo asiste a la **preescolar**, por favor responda a lo siguiente:

Tipo: Pública _____ Privada _____ Casa _____ Casa de un familiar _____

Nombre de la Guardería: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: _____

Persona de Contacto: _____

¿Cuántos días y horas asiste su hijo a la guardería? _____ días por semana, _____ horas por día.

¿El proveedor de la guardería ha expresado alguna preocupación acerca de su hijo? Sí ___ No ___

Si es así, explique: _____

_____

¿Su hijo ha cambiado el entorno de guardería o preescolar recientemente? Sí ___ No ___

Si es así, explique: _____

_____

_____

¿Hay algo más que le gustaría que el equipo de evaluación sepa acerca de su hijo o de la familia?

_____

_____

_____

_____

_____

_____

CULTURA

Es importante para los miembros del personal del Distrito Escolar Colonial el ser respetuosos y comprensivos de todas nuestras familias. Por favor responda las siguientes preguntas culturales para que podamos comprender y apoyar a su hijo y a su familia.

Liste cualquier día festivo, costumbres o celebraciones que sean importantes para su hijo y su familia:

Liste cualquier comida que su hijo y su familia no coma debido a razones culturales o religiosas:

Liste cualquier creencia religiosa o cultural que su familia tiene o cualquier información que usted quiera compartir para ayudar a nuestro personal a comprender mejor su cultura y sus creencias:

Liste todos los idiomas que su hijo está aprendiendo o está expuesto en la casa:

DELAWARE HEALTH AND SOCIAL SERVICES
Division of Public Health
Bureau of Oral Health and Dental Services

Delaware Smile Check Program

Programa de evaluación dental y administración de casos

La Oficina de Servicios Dentales y de Salud Oral cree que todos los niños tienen derecho a estar sanos. Una boca sana es una parte importante de tener una buena salud en general.

El Programa Smile Check de Delaware es un programa de evaluación dental preventiva y administración de casos dedicado a identificar problemas dentales que pueden impedir que un niño alcance una buena salud.

Servicios del programa:

- Exámenes dentales (una evaluación visual)
- Aplicación de flúor (para fortalecer los dientes)
- Administración de casos (ayuda para encontrar un dentista, seguro, recursos y respuestas a preguntas dentales).
- Los niños inscritos reciben un cepillo de dientes, pasta de dientes, hilo dental y un premio

Quién puede participar:

- Niños que no hayan tenido una limpieza o examen dental en los últimos 7 meses
- y estén asegurados por Delaware Medicaid, Delaware Healthy Children Program (DCHIP) o niños sin seguro dental.

Las familias no incurren en ningún costo por los servicios prestados.

Regístrese: Escanee el código QR con el cámara en su teléfono.

Delaware Smile Check estará en su escuela/organización el: 27 de enero de 2025

Ultimo día para inscribirse: 13 de enero de 2025

Abra el código QR en la parte inferior izquierda es un menú desplegable de Google para formularios en español.