



YMCA DE METROPOLITAN CHATTANOOGA

FOR YOUTH DEVELOPMENT
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

APLICACIÓN PREESCOLAR

Nombre completo del niño(a): _____

Fecha de admisión: _____ Fecha de nacimiento del niño(a): _____ Nombre más usado para el niño(a): _____

Últimos (4) dígitos del seguro social del niño(a): _____

¿Está el niño(a) relacionado(a) con quien lo cuida regularmente? SI NO

¿Si es así, cómo? _____

Nombre (s) del tutor/guardián: _____

	Información de la madre	Información del padre
Dirección de casa:		
Teléfono de casa:		
Teléfono celular:		
Empleo:		
Dirección de trabajo:		
Teléfono del trabajo:		
Horas laborales:		
Dirección de correo electrónico:		

Estado Civil: CASADO SEPARADO DIVORCIADO VIUDO

Tutor (es) legal (es) del niño(a): AMBOS PADRES MADRE PADRE OTRO

Si otro: _____

Arreglos de vivienda del niño(a): AMBOS PADRES MADRE PADRE OTRO

Si otro: _____

Información de contacto del médico:

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____



YMCA DE METROPOLITAN CHATTANOOGA

FOR YOUTH DEVELOPMENT
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

APLICACIÓN PREESCOLAR

Información de contexto:

Otros niños(as) en el hogar:	Fecha de nacimiento:	Escuela/Colegio:

Información de Contacto en caso de Emergencia:

Por favor indique el nombre de cada individuo, que no sea el proveedor de cuidado infantil, autorizado para actuar en representación de los padres en una emergencia; estas personas están autorizadas a recoger al niño(a):

	Primer Contacto:	Segundo Contacto:	Tercer Contacto:
Nombre:			
Dirección de casa:			
Teléfono de casa:			
Lugar & Dirección de trabajo / Escuela/Colegio:			
Teléfono de trabajo / Escuela/Colegio:			
Horas laborales:			

Plan de transporte:

Por favor enumere cualquier otro adulto a quien su hijo(a) pueda ser liberado o esté autorizado para proporcionar transporte a su hijo(a):

Información del seguro:

Compañía de seguros: _____ Número de póliza: _____

YMCA Language Immersion Early Learning Center 801 Willow Street, Chattanooga, TN 37404
(Of)(423)541-6555 (Fax) (423)206-2071 (Cell) (423)805-0084 Email gpineda@ymcachattanooga.org



YMCA DE METROPOLITAN CHATTANOOGA

FOR YOUTH DEVELOPMENT
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

APLICACIÓN PREESCOLAR

Enumere a cualquier persona no autorizada para recoger a su hijo(a): (Por favor explique)

Enumere cualquier otro adulto a quien su hijo(a) pueda ser liberado o esté autorizado para proporcionar transporte a su hijo(a):

Nombre: _____

Nombre: _____

(Si la persona es un padre / tutor legal/guardián, debe tener documentos legales del tribunal que indiquen que esta persona no está permitida para recoger a su hijo(a).)

Experiencias con otros:

¿De qué maneras juega el niño(a) en casa? _____

¿Tu niño(a) juega con niños(as) de otras familias? _____ Cómo? _____

¿Él / ella reacciona cuando él / ella no se sale con la suya? _____

¿Está toda la familia junta en algún momento del día? _____

Hábitos alimenticios:

¿A qué hora es el desayuno del niño(a)? _____ ¿Almuerzo? _____ ¿Cena? _____

¿Bocadillos entre comidas? _____ ¿Se alimenta el niño(a) solo? _____

¿Cuál es la actitud general del niño(a) hacia la comida? _____



YMCA DE METROPOLITAN CHATTANOOGA

FOR YOUTH DEVELOPMENT
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

APLICACIÓN PREESCOLAR

Si el niño(a) se niega a comer, ¿cómo se maneja esto y por quién? _____

Comida Favorita del niño(a): _____

Comida que no le gusta al niño(a): _____

Alergias conocidas a los siguientes alimentos: _____

Hábitos de sueño:

Tiene habitación propia? SI NO

Comparte habitación con: _____

Por la noche duerme de _____ a _____ Promedio de horas de sueño por noche: _____

Siestas de _____ a _____ Promedio de horas de siesta: _____

Actitud hacia ir a la cama: _____

Si hay dificultad, ¿cómo se maneja esto? _____

Hábitos de aseo personal:

¿Hora (s) en que el niño(a) es llevado al baño? _____

¿Tiempo de evacuaciones? _____

¿Es su hijo(a) típicamente: REGULAR CONSTIPADO

¿Puede el niño(a) ir solo al baño? SÍ NO

¿Le dice el niño(a) cuándo necesita ir y va voluntariamente? _____



APLICACIÓN PREESCOLAR

¿Puede él / ella manejar su ropa en el baño? _____

Qué palabras usa para orinar: _____ Movimientos intestinales: _____

Habla y crecimiento físico:

El niño(a) habla: BIEN BASTANTE BIEN NO MUY BIEN DE NINGUN MODO

¿Alguien le lee al niño(a)? SI NO

Con qué frecuencia? _____

¿A qué edad se arrastró el niño(a)? _____ ¿Gatear? _____ ¿Caminar? _____

¿Cuál de las siguientes palabras usarías para describir al niño (encierra en un círculo todas las que correspondan):

SILENCIOSO ACTIVO DELGADO PESO PROMEDIO PESADO ALTO
ALTURA MEDIA CORTO SIMPÁTICO HOSTIL

¿Hay alguna otra información que cree que deberíamos tener sobre el niño(a)? _____

Atención médica continua:

¿Tiene el niño algún diagnóstico médico que requiera atención continua? SI NO

En caso afirmativo, explique qué tipo de atención se administra en el hogar y por quién: _____

¿Está solicitando que se brinde esta atención en el centro? SI NO

En caso afirmativo, describa la atención requerida: _____

* Por favor solicite una declaración del médico para cualquier solicitud específica de atención en el centro.



APLICACIÓN PREESCOLAR

Declaraciones de los padres:

Table with 3 columns: Declaración, SI, NO. Rows include: Recibí un resumen de los requisitos de licencia, Por la presente autorizo atención médica de emergencia para mi hijo(a), Visité las instalaciones antes de inscribir a mi hijo(a), Recibí una copia de la declaración o manual de políticas del centro de cuidado infantil, Por la presente consiento el uso de la imagen de mi hijo(a) en fotografías, Entiendo que La YMCA no proporciona cobertura de seguro de salud para los participantes, El historial médico y el registro de vacunas de mi hijo(a) están actualizados y en el archivo de este formulario de registro.

Mi firma a continuación indica que este formulario de registro es correcto según mi leal saber y entender y el niño(a) en este documento descrito tiene permiso para participar en todas las actividades prescritas, excepto las que yo haya señalado. Por la presente doy permiso al médico seleccionado por el líder adulto a cargo para hospitalizar, asegurar la anestesia adecuada o para ordenar una inyección o cirugía para mi hijo(a) He leído las reglas y políticas del programa de Cuidado Infantil de YMCA y entiendo que YMCA se adhiere a estas reglas. Estoy de acuerdo en seguir las políticas de la YMCA. Entiendo que si no lo hago, puede resultar en ser dado de alta del programa. Entiendo que la ley obliga a la YMCA a informar cualquier sospecha de abuso infantil o descuido a las autoridades apropiadas para la investigación.

La YMCA considera todos los registros sin distinción de raza, color, religión, sexo, origen nacional o la presencia de médicos, condición o discapacidad. Sin embargo, la YMCA se reserva el derecho de rechazar la admisión a cualquier niño que pueda requerir un nivel de atención más allá de lo que los programas de YMCA están diseñados para acomodar o que pueden requerir especialistas capacitación que puede evitar que el personal de YMCA satisfaga adecuadamente las necesidades del niño(a).

Firma del padre / tutor / guardián: Fecha:

Firma del padre / tutor / guardián: Fecha:

Fecha de retiro del niño(a): Motivo del retiro:



YMCA DE METROPOLITAN CHATTANOOGA

**FOR YOUTH DEVELOPMENT
FOR HEALTHY LIVING
FOR SOCIAL RESPONSIBILITY**

APLICACIÓN PREESCOLAR

Este formulario / información se mantendrá durante un año después de la fecha de cancelación de la inscripción.

La información en este formulario se actualizará anualmente o según sea necesario para garantizar la protección del niño(a).

Fecha de actualización:	Iniciales del padre / tutor guardián:	Fecha de actualización:	Iniciales del padre / tutor / guardián:

