



Received by: _____	Date: _____
_____	_____
_____	_____

MISSION CHILD CARE CONSORTIUM, INC.
4750 Mission Street, San Francisco, CA 94112
Tel: (415) 586-6139 Fax: (415) 586-2339

Non-Discrimination Policy VI Opportunity and Equal Education Access. The Mission Child Care Consortium, Inc. Is an equal opportunity employer and does not discriminate against its services to anyone because of sex, sexual orientation, gender, ethnic group, identification, race, ancestry, national origin, religion, color, or mental or physical disability. The Mission Child Care Consortium, Inc. practices a policy of non-discrimination and affirmative action in employment and does not discriminate to qualified person because of sex, sexual orientation, gender, ethnic group, identification, race ancestry, national origin, religion, color or mental or physical disability.

PRE-REGISTRATION FORM FOR CHILD DEVELOPMENT PROGRAM
FORMULARIO DE PREINSCRIPCIÓN/PROGRAMA DE DESARROLLO DEL NIÑO

Date (Fecha): _____

Child's Name (Nombre del niño/a): _____

Birth Date (Fecha de Nacimiento): _____ **Sex(Sexo):** F ☐ M ☐

Father's Name (Nombre del papá): _____

Home #: _____ **Cellphone #:** _____ **Work #:** _____

Email: _____ **Occupation (Ocupacion):** _____

Mother's Name (Nombre de la mamá): _____

Home #: _____ **Cellphone #:** _____ **Work #:** _____

Email: _____ **Occupation (Ocupacion):** _____

Marital Status (Estado Civil):

Single (Soltero/a) ☐ **Married (Casado/a)** ☐ **Divorced (Divorciado/a)** ☐ **Separated (Separado/a)** ☐

Widow (Viudo/a) ☐ **Married but living together (No casado, pero viven juntos)** ☐

Home Address (Dirección de la casa): _____

Did your child attend a prior preschool/Home Day Care (Su hijo/a asistido un preescolar o Guardaría antes?)

Yes ☐ **No** ☐ **If you marked yes, please name the school and explain: (Si marco si, por favor nombre la escuela y explique razón):** _____

Has your child received an IEP/IFSP (Su hijo/a ha recibido un IEP/IFSP?) **Yes (Si)** ☐ **No** ☐

In Process (en proceso) ☐ **If yes please provide documentation (Si marcó si, por favor traiga documentación)**

Are you in Training or School (Está usted en un Entrenamiento o en la Escuela)? **Yes (Si)** ☐ **No** ☐

Are you receiving Child Support (Recibe ayuda de manutención Infantil)? **Yes (Si)** ☐ **No** ☐

Are you receiving Food Stamp or CalFresh (Recibe ayuda de estampillas de comida)? **Yes (Si)** ☐ **No** ☐

Is your family under, CPS (Child Protective Services) or At Risk? (Esta su familia bajo los servicios de protección al menor o en riesgo?) **Yes (Si)** ☐ **No** ☐

Are you currently on Incapacity or considered Incapacitated (En este momento está usted bajo incapacidad o se considera deshabilitada(o))? **Yes (Si)** ☐ **No** ☐

Is your family receiving AFDC, SSI or SSP (Usted o su familia reciben ayuda de AFCD, SSI o SSP)?

Yes (Si) ☐ **No** ☐ **Medical Number (Numero del Medical):** _____



If you are not working or going to school are you seeking employment? *(Si no está trabajando o yendo a la escuela, ¿está buscando empleo?)* Yes (Si) ☐ No ☐

Are you seeking permanent housing? *(¿Estás buscando vivienda permanente?)* Yes (Si) ☐ No ☐

Father's Employer *(Empleador del Padre)*

Employer's Address *(Dirección de Empleador)*

If employed, I receive income by: Company check, Cash, or Personal check (please check what applies to you). *(Si está empleado, yo recibo ingresos en forma de: Cheque de la Compañía, Efectivo o Cheque Personal: por favor, marque lo que es aplicable para usted).*

☐ Company Check (Cheque de la Compañía) ☐ Cash (Efectivo) ☐ Personal Check (Cheque Personal)

Mother's Employer *(Empleador del Madre)*

Employer's Address *(Dirección de Empleador)*

If employed, I receive income by: Company check, Cash, or Personal check (please check what applies to you). *((Si esta empleado, yo recibo ingresos en forma de: Cheque de la Compañía, Efectivo o Cheque Personal: por favor, marque lo que es aplicable para usted).*

☐ Company Check (Cheque de la Compañía) ☐ Cash (Efectivo) ☐ Personal Check (Cheque Personal)

Other children *(Otros niños)*? Yes (Si) ☐ No ☐

If yes, name/s, date/s of birth and School/s *(Si su respuesta es Si, de los nombre/s, fecha/s de nacimiento y nombre de la Escuela que asisten):*

Name (Nombre)	Date of Birth (Fecha de Nacimiento)	School (Escuela)

Other members of the household *(Otros familiares/personas viviendo en la casa)?*

Yes (Si) ☐ No ☐

Name (Nombre)	Relationship (Parentesco)	Telephone (Teléfono)



ENROLLMENT AND ELIGIBILITY REQUIREMENTS CHECKLIST
LISTA DE REQUISITOS Y DE ELEGIBILIDAD PARA INSCRIPCIÓN

NOTE: Due to the Hands-Free Policy, a child must be completely toilet-trained to be enrolled at the Mission Child Care Consortium Inc. A child needs to be able to assist him/herself in taking care of their toileting needs. Please attach a copy of the following.

(Debido a la Política de Manos Libres, un niño/a debe estar completamente entrenado para usar el baño para ser inscrito en Mission Child Care Consortium Inc. Un niño debe ser capaz de asistir a sí mismo en el cuidado de sus necesidades de aseo. Por favor adjunte una copia de los siguientes)

Yes (Si) ☐ No ☐

☐ Your child and his/her siblings Birth Certificates
(Una copia del certificado de nacimiento de su niño/a y de sus hermano/as)

☐ Physician's Report Form and Most Updated Immunization Record
(El físico más reciente junto con el récord de vacunas)

☐ Proof of Residency *(Prueba de residencia/domicilio)*

☐ A Copy of any proof of Residency such as PG&E, Water, Cable TV, Garbage, Home Telephone, Lease Agreement *(Una copia de cualquier prueba de residencia como, PG&E, Agua, Cable, Teléfono, Contrato de domicilio).*

*Please see 4th page for further information on documents needed.

**Por favor, consulte la 4^a página para obtener más información sobre los documentos necesarios.*

Father/Legal Guardian/Grandparent Signature
(Padre/Tutor legal/Abuelos/a Firma)

Date
(Fecha)

Mother/Legal Guardian/Grandparent Signature
(Madre/Tutor legal/Abuelos/a Firma)

Date
(Fecha)



Junto con su aplicación, proporcione los siguientes documentos:

A) 1 (UNO) DE CUALQUIER DOCUMENTO LEGAL O EMITIDO POR EL GOBIERNO O CUALQUIER FACTURA DE UTILIDAD (enumerados a continuación)

- | | |
|---|-------------------------------------|
| 1. Documentos de Divorcio | 9. Cal WORKS |
| 2. Manutención de los Hijos | 10. EDD (Papeles de desempleo) |
| 3. DMV registración de vehículo | Papeles de discapacidad |
| 4. Documentos de Separación legal | 11. Contrato de Arrendamiento |
| 5. Documentos de Custodia legal | 12. Formulario de verificación de |
| 6. CalFresh/Estampías de comida | domicilio con su dirección y número |
| 7. CashAid/Asistencia monetaria pública | de teléfono para verificación * |
| 8. Medi-Cal | |

*Si de la documentación de arriba ninguna es aplicable para usted, solicite a su propietario que complete el Formulario de verificación de residencia y proporcione uno de los siguientes documentos con el nombre del propietario:

- | | |
|--|-------------------------------|
| • Factura de Gas y Electricidad (PG&E) | • Factura de Teléfono De Casa |
| • Factura de Cable | • Factura de Internet En Casa |
| • Factura de Agua | • Factura de Basura |

B) Todos los documentos (enumerados a continuación):

- 1) Certificado de nacimiento
- 2) Junto con su formulario de Reporte del Médico incluido en este paquete entregue el registro de vacunas más reciente y actualizado



MISSION CHILD CARE CONSORTIUM, INC.
AUTORIZACION DE CONCENTIMIENTO

Nombre del niño/a: _____

Como condición para el ingreso de mi niño/a al Mission Child Care Consortium, Inc. estoy de acuerdo y entiendo las regulaciones escritas por el centro. Por lo tanto, doy pleno consentimiento para que mi niño/a participe de caminatas y paseos en transportación publica o autobuses alquilados, saliendo del centro a lugares de interés dentro y fuera de los límites de la ciudad.

Autorizo al personal de Mission Child Care Consortium, Inc. que llamen al 911 en caso de enfermedad o accidente o si es unas situaciones que necesita atención medica de inmediato. Si no me pueden localizar de inmediato. Es entendido que se hará todo lo posible de antemano para que se me notifique. La agencia seguirá las instrucciones medicas según consta en la Tarjeta de Emergencia y este Autorización de Consentimiento. Ningún tratamiento médico se le puede dar al niño/a sin el formulario del padre o doctor.

Estoy de acuerdo para que mi hijo/a sea fotografiado para ayudar al centro con ciertas actividades. Estoy de acuerdo y doy mi consentimiento para que mi hijo/a sea filmado por el uso de cámaras de seguridad dentro y fuera de la instalación. Existe un sistema de videovigilancia para la seguridad de los niños, el personal y la propiedad.

Entiendo que no tengo a Mission Child Care Consortium, Inc. responsable de ningún servicio de emergencia médica para mi hijo/a.

Entiendo que pagaré por servicios médicos o tratamiento a mi hijo/a bajo mi cobertura médica si mi hijo/a necesita tratamiento. MCCC tiene seguro médico en caso de un accidente en el local de MCCC.

Firma del Padre o Tutor Legal

Fecha

Nombre del Doctor

Dirección

Número de Teléfono de Doctor

Nombre del Hospital o Facilidad Medica

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA-

Guarderías infantiles u hogares que proporcionan cuidado de niños

COMO PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO, POR ESTE MEDIO, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE

_____ OBTENGA TODO EL TRATAMIENTO MÉDICO O DENTAL DE EMERGENCIA QUE

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO

UN DOCTOR (M.D.), OSTEÓPATA (D.O.), O DENTISTA (D.D.S.) DEBIDAMENTE CERTIFICADO RECETE PARA

_____. SE PUEDE PROVEER ESTE CUIDADO BAJO CUALQUIER CONDICIÓN QUE SEA

NOMBRE

NECESARIA PARA PRESERVAR LA VIDA, MIEMBROS DEL CUERPO, O BIENESTAR DEL NIÑO MENCIONADO ANTERIORMENTE.

EL NIÑO TIENE ALERGIA A LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS:

_____		_____	
FECHA		FIRMA DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO	
DOMICILIO			
NÚMERO DE TELÉFONO EN LA CASA		NÚMERO DE TELÉFONO EN EL TRABAJO	
()		()	

HISTORIAL DE LA SALUD DEL NIÑO ANTES DE LA ADMISIÓN—REPORTE DEL PADRE/MADRE

NOMBRE DEL NIÑO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE/PAREJA DOMÉSTICA DEL PADRE		¿VIVE EL PADRE/LA PAREJA DOMÉSTICA DEL PADRE EN EL HOGAR CON EL NIÑO?
NOMBRE DE LA MADRE/PAREJA DOMÉSTICA DE LA MADRE		¿VIVE LA MADRE/LA PAREJA DOMÉSTICA DE LA MADRE EN EL HOGAR CON EL NIÑO?
¿ESTÁ/HA ESTADO EL NIÑO BAJO LA SUPERVISIÓN REGULAR DE UN MÉDICO?		FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO/MÉDICO

HISTORIAL DEL DESARROLLO (*solamente para los bebés y niños de edad preescolar)		
EMPEZÓ A CAMINAR A LOS*	EMPEZÓ A HABLAR A LOS*	SE LE EMPEZÓ A ENSEÑAR CÓMO IR AL BAÑO A LOS*
MESES	MESES	MESES

ENFERMEDADES EN EL PASADO — Marque las enfermedades que el niño ha tenido y especifique las fechas aproximadas de las mismas:					
<input type="checkbox"/> Varicela	FECHAS	<input type="checkbox"/> Diabetes	FECHAS	<input type="checkbox"/> Poliomielitis	FECHAS
<input type="checkbox"/> Asma		<input type="checkbox"/> Epilepsia		<input type="checkbox"/> Sarampión de diez días (Rubeola)	
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática		<input type="checkbox"/> Tos ferina		<input type="checkbox"/> Sarampión de tres días (Rubella)	
<input type="checkbox"/> Fiebre del heno		<input type="checkbox"/> Paperas			
ESPECIFIQUE OTRAS ENFERMEDADES O ACCIDENTES SERIOS O GRAVES					
¿TIENE EL NIÑO RESFRIADOS FRECUENTES? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		¿CUÁNTOS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES?		ANOTE CUALQUIER ALERGIA DE LA CUAL EL PERSONAL DEBE ESTAR ENTERADO	

ROUTINA DIARIA (*solamente para los bebés y niños de edad preescolar)			
¿A QUÉ HORA SE LEVANTA EL NIÑO?*		¿A QUÉ HORA SE ACUESTA EL NIÑO?*	¿DUERME BIEN EL NIÑO?*
¿DUERME EL NIÑO DURANTE EL DÍA?*		¿CUÁNDO?*	¿POR CUÁNTO TIEMPO?*
PATRÓN DE DIETA: (¿Qué come el niño usualmente para estas comidas?)	DESAYUNO	¿CUÁLES SON LAS HORAS USUALES DE ESTAS COMIDAS?	
	ALMUERZO	DESAYUNO _____	
	CENA	ALMUERZO _____	
		CENA _____	

¿HAY ALGUNOS ALIMENTOS QUE NO LE GUSTAN COMER?			¿TIENE ALGUN PROBLEMA DE ALIMENTACIÓN?	
¿SABE EL NIÑO COMO IR AL BAÑO?*	SI CONTESTA "SÍ", ¿EN QUE ETAPA DE APRENDIZAJE ESTA?*	¿TIENE EVACUACIONES INTESTINALES REGULARES?*	¿CUÁL ES LA HORA USUAL?*	
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
¿CUÁL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LAS EVACUACIONES INTESTINALES?*		¿CUÁL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LA DESCARGA DE LA ORINA?*		

EVALUACIÓN DE LA SALUD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE/MADRE			
¿ESTÁ EL NIÑO ACTUALMENTE BAJO EL CUIDADO DE UN DOCTOR?	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE EL NOMBRE DEL DOCTOR:	¿ESTÁ TOMANDO EL NIÑO MEDICAMENTOS RECETADOS?	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE Y EFECTOS SECUNDARIOS:
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL?	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE:	¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL EN SU CASA?	SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE:
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
EVALUCIÓN DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE/MADRE			

¿CÓMO CONVIVE EL NIÑO CON SUS PADRES, HERMANOS, HERMANAS, Y OTROS NIÑOS?
¿HA TENIDO EL NIÑO EXPERIENCIAS EN RELACIÓN A JUEGOS EN GRUPO?
¿TIENE EL NIÑO ALGÚN PROBLEMA/TEMORES/NECESIDADES ESPECIALES? (EXPLIQUE.)
¿CUÁL ES EL PLAN PARA EL CUIDADO DEL NIÑO CUANDO ESTÉ ENFERMO?

RAZÓN PARA SOLICITAR LA COLOCACIÓN EN UN LUGAR DONDE SE PROPORCIONE CUIDADO DE NINOS

FIRMA DEL PADRE/MADRE	FECHA

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN Y EMERGENCIA

GUARDERÍAS INFANTILES/HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS

A completarse por el padre/madre o el representante autorizado

NOMBRE DEL NIÑO	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	SEXO	TELÉFONO ()
DIRECCIÓN	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
					FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL/ PAREJA DOMÉSTICA DEL PADRE	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE		TELÉFONO DEL TRABAJO ()
DIRECCIÓN DEL HOGAR	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
					TELÉFONO DEL HOGAR ()
NOMBRE DE LA MADRE/TUTOR LEGAL/ PAREJA DOMÉSTICA DE LA MADRE	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE		TELÉFONO DEL TRABAJO ()
DIRECCIÓN DEL HOGAR	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
					TELÉFONO DEL HOGAR ()
PERSONA RESPONSABLE DEL NIÑO	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELÉFONO DEL HOGAR ()	TELÉFONO DEL TRABAJO ()

PERSONAS ADICIONALES QUE SE PUEDEN LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	PARENTESCO/ RELACIÓN

MÉDICO O DENTISTA QUE SE DEBE LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

MÉDICO	DIRECCIÓN	NOMBRE Y NÚMERO DEL PLAN MÉDICO	TELÉFONO ()
DENTISTA	DIRECCIÓN	NOMBRE Y NÚMERO DEL PLAN MÉDICO	TELÉFONO ()

SI NO SE PUEDE HABLAR CON EL MÉDICO, ¿QUE ACCIÓN SE DEBE DE TOMAR?
LLAMAR AL HOSPITAL DE EMERGENCIA OTRA EXPLIQUE: _____

NOMBRE DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA LLEVARSE AL NIÑO DEL ESTABLECIMIENTO

(AL NIÑO NO SE LE PERMITIRÁ SALIR CON NINGUNA OTRA PERSONA SIN AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO.)

NOMBRE	TELÉFONO	PARENTESCO/RELACIÓN

HORA EN QUE SE PASARÁ A BUSCAR AL NIÑO

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL O REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA
--	-------

A COMPLETARSE POR EL DIRECTOR/ADMINISTRADOR DEL ESTABLECIMIENTO O POR LA PERSONA CON LICENCIA DEL HOGAR QUE PROPORCIONA CUIDADO DE NIÑOS

DATE OF ADMISSION	DATE LEFT
-------------------	-----------