



**INFORMACIÓN DEL NIÑO**

*Nombre (Primer/Medio/Apellido):		*Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
*Fecha de nacimiento:	*Numero de Seguro Social: -		
*Parentesco:	* Raza:	* Language Primario:	
Ha asistido antes este niño al programa de Pre-K (ABC) financiado por el estado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si es asi, Donde?		
Sera enrolado constantemente en un centro ABC y HIPPIY o programa PAT? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si es asi, Cual HIPPIY o PAT?		
Liste algunas alergias:			
Tiene el Niño algunas necesidades especiales es su dieta?			
Esta recibiendo algunos servicios de educación especial?			
Peso al nacer del Niño:			
*Fecha de <b>Inscripción</b> del Niño:			

**INFORMACIÓN ADICIONAL PARA LA ELEGIBILIDAD (\* SI SE APLICA)**

<input type="checkbox"/> Niño adoptivo	<input type="checkbox"/> Niño con un padre encarcelado	<input type="checkbox"/> Niño en custodia de/viviendo con una familia que no sea la madre o el padre
<input type="checkbox"/> Niño con un miembro familiar cercano arrestado o declarado culpable de ofensas relacionadas con drogas	<input type="checkbox"/> Niño con un padre activado por la obligación militar en el extranjero	
<input type="checkbox"/> Criterio ABC (Liste las características):		<input type="checkbox"/> No aplicando las reglas

**CONTACTO DE EMERGENCIA E INFORMACIÓN PARA EL CONSENTIMIENTO**

Nombre del contact en caso de emergencia si el padre/guardián no se pueden encontrar:		
Direccion:		Telefono:
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Parentesco:		
Nombre del Doctor primario:		
Direccion		Telefono:
Ciudad:	Estado:	Codigo postal:
Hospital de preferencia:		Telefono:
Consentimiento para el cuidado médico de Emergencia		
Yo _____ de _____		
Nombre del Padre/Guardián	Parentesco	Nombre del niño
<p>Por este medio requiero y doy consentimiento al Director/Encargado de la guardería, o su debido representante designado, para decidir que el niño recibe ayuda médica o cirugía como sea considerado necesariamente oportuno por el doctor o cirujano debidamente autorizado y reconocido en caso de una emergencia cuando el(los) padre(es) no puedan ser encontrados. Consentimiento también será dado al Director/Encargado o su debido representante apuntado de transportar dicho niño para un tratamiento médico de emergencia, si el padre (es) no puede ser encontrado. Yo adicionalmente doy consentimiento para mi hijo atender el nombrado arriba viaje de estudio.</p>		
Firma del Padre/guardián		Fecha

**FIRMA**

**Yo declare debajo la pena de perjuicio y las reglas y regulaciones del programa de Arkansas Mejor Oportunidad que la información provista es verdadera y correcta al tiempo de la aplicación. Yo entiendo que la información que suministre puede ser independientemente verificada por la División de Arkansas de Guarderías y la Educación Temprana de infancia y que alguna declaración falsa puede resultar en la exclusión de los programas de DHS y la persecución criminal.**

Firma del Padre/Guardian:	* Fecha:
---------------------------	----------

\*Debe entrarse en COPA.