LISTA DE FORMULARIOS DE INSCRIPCIÓN

Fecha de hoy: _____

☐ **PREESCOLAR** (agosto-junio)	☐ **ANTES DE LA ESCUELA** (agosto-junio)	☐ **DESPUÉS DE LA ESCUELA** (agosto-junio)	☐ **NRIQUECIMIENTO DE VERANO** (junio-agosto)

Nombre del niño/a: _____

Nombre del padre/madre: _____

FORMULARIOS	**COMENTARIOS**
1. SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DILC	
2. CUOTA DE INSCRIPCIÓN $50.00 (por programa: antes/después de la escuela, verano y preescolar)	
3. Solicitud de Care4Kids y formulario Padre/Proveedor (si corresponde)	
4. Programa de Alimentos para Niños y Adultos (CACFP) - obligatorio	
5. Talones de pago actuales (un mes) o declaración de impuestos y comprobante de residencia	
6. Evaluación de Salud del Estudiante: formulario padre/cuidador y certificado de nacimiento	
7. Consultorio médico: vacunas, examen físico, medicamentos y plan de acción (si corresponde)	
8. Formulario de autorización de Yoduro de Potasio	
9. Formulario de Permiso/Autorización	
10. Programa Educativo Individualizado (IEP) / Plan 504	

The Center: A Drop-In Community Learning and Resource Center, Inc.

Solicitud de Inscripción

Cuota de solicitud: $50 (no reembolsable)

(1) Selección del Programa

- ☐ Programa Antes de la Escuela (7:00AM-9:00AM)
- ☐ Programa Después de la Escuela (2:30-5:30PM)
- ☐ Enriquecimiento de Verano (8:00AM-4:00PM) - edad escolar
- ☐ Educación de Primera Infancia 2.9-5 años (8:30AM-3:30PM)

(2) Información del Niño/a

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ ☐ M ☐ F

Dirección: _____ Apt.# _____

Ciudad/Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Escuela del niño/a: _____ Grado actual: _____

Seleccione una categoría de raza y responda Sí o No bajo Hispano/Latino. Si responde Sí, indique la etnia/país de origen del niño/a.

Categorías de raza	Hispano/Latino		Etnia/País de origen
☐ Blanco	☐ NO	☐ SÍ	_____
☐ Negro/Afroamericano	☐ NO	☐ SÍ	_____
☐ Asiático	☐ NO	☐ SÍ	_____
☐ Indio Americano/Nativo de Alaska	☐ NO	☐ SÍ	_____
☐ Nativo de Hawái/Otro Isleño del Pacífico	☐ NO	☐ SÍ	_____
☐ Asiático y Blanco	☐ NO	☐ SÍ	_____
☐ Negro/Afroamericano y Blanco	☐ NO	☐ SÍ	_____
☐ Indio Americano/Nativo de Alaska y Blanco	☐ NO	☐ SÍ	_____
☐ Indio Americano/Nativo de Alaska y Negro/Afroamericano	☐ NO	☐ SÍ	_____
☐ Otro multirracial	☐ NO	☐ SÍ	_____

(3) Historial Médico del Niño/a

Nombre del médico: _____ Teléfono del médico: _____

¿Tiene su hijo/a alguna de la_____édicas? Marque todas las que correspond_____
bienestar de su hijo/a y no afectará su aceptación.

Dirección del médico: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

- ☐ Asma
- ☐ Usa inhalador
- ☐ Necesita audífono
- ☐ Sangrado nasal frecuente
- ☐ Uso de EpiPen
- ☐ ADD o ADHD (hiperactividad)

Medicamento: _____

_____eacciones alergicas a: _____

_____prendizaje

Nombre del dentista: _____

Dirección del dentista: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

☐ Otra condición médica seria

☐ Educación especial en la escuela

¿Tiene IEP? ☐ Sí ☐ No

☐ Plan 504

(4) Información del Padre/Madre/Tutor

¿Es este niño/a tutelado por el estado? ☐ SÍ ☐ NO Trabajador social: _____ Tel: _____

Nombre del tutor: _____ Relación: _____

Dirección (si es diferente): _____ Ciudad/Estado: _____

Empleado: _____

Correo electrónico: _____

Nombre del tutor: _____ Relación: _____

Dirección (si es diferente): _____ Ciudad/Estado: _____

Empleado: _____

Correo electrónico: _____

(5) Información de Contactos de Emergencia

(Se requieren dos contactos que no sean los tutores legales.)

(1) Nombre del contacto de emergencia y persona autorizada para recoger: _____

Relación con el niño/a: _____ Dirección: _____

Tel. casa: _____ Tel. trabajo: _____ Celular: _____

(2) Nombre del contacto de emergencia y persona autorizada para recoger: _____

Relación con el niño/a: _____ Dirección: _____

Tel. casa: _____ Tel. trabajo: _____ Celular: _____

(6) Declaración Financiera

Asistencia financiera recibida (marque todas las que correspondan):

☐ TANF ☐ SNAP ☐ Asistencia General ☐ Seguro Social por Discapacidad

☐ Ingreso de Seguro Social ☐ Compensación para Veteranos ☐ Care 4 Kids ☐ Pensión alimenticia

Escriba a continuación sus ingresos y el tamaño de su familia y presente un mes de talones de pago actuales con su solicitud.

Tamaño de la familia	Ingreso semanal	Ingreso quincenal	Ingreso anual

Nombre del niño/a: _____ Apellido: _____

Por la presente libero a The Center: A Drop-In Community Learning & Resource Center y a cualquier organización con la cual pueda contratar servicios, de toda responsabilidad por cualquier lesión que pudiera sufrir mi hijo/a durante los programas y actividades. Entiendo que este programa es educativo y recreativo, y certifico que mi hijo/a goza de buena salud y puede participar en todos los aspectos de las actividades del programa, excepto según se indique por escrito y se incluya en este formulario.

Doy permiso para que mi hijo/a participe en: transporte por el proveedor de cuidado infantil cuando sea necesario mientras esté bajo cuidado; excursiones a pie, en camioneta o autobús; clases de computación, y revisaré las políticas y procedimientos del Manual para Padres y hablaré con mi hijo/a sobre el uso aceptable de la computadora e Internet.

Autorizo al Distrito de Escuelas Públicas de New London a proporcionar a The Center: A Drop-In Community Learning & Resource Center todos los registros médicos y/o educativos relacionados con mi hijo/a. Entiendo que esta información se utilizará para cumplir con los requisitos estatales de salud y para evaluar las necesidades y el desempeño académico y físico de mi hijo/a. También doy consentimiento para que The Center evalúe el impacto de la programación en el progreso académico y desarrollo social de mi hijo/a mediante investigación y prácticas basadas en evidencia.

Autorizo a The Center: A Drop-In Community Learning & Resource Center a utilizar fotografías y otros registros de la imagen, voz y sonidos de mi hijo/a durante su participación, y a reutilizar o autorizar la reutilización de dichas fotografías y grabaciones, incluyendo su nombre, imagen y biografía, en todos los medios y formatos, sin compensación ni limitación.

Manejo del Comportamiento

Promovemos un sistema positivo de manejo del comportamiento basado en elogios, humor, modelaje, redirección y opciones. Si un niño/a no responde a estas estrategias, el personal dará una advertencia verbal. Si el comportamiento continúa, dará una segunda advertencia e indicará las consecuencias. Después de la segunda advertencia, el personal puede:

- Iniciar un tiempo fuera apropiado para la edad (los minutos no excederán la edad del niño/a).
- Limitar la participación en actividades.
- Revocar privilegios.
- Contactar al padre/madre/tutor.

No se tolerarán los siguientes comportamientos: peleas, robo, vandalismo, intimidación, extorsión y desafío. Las consecuencias pueden incluir suspensión del programa, reparación de daños, expulsión del programa y documentación de cualquier intervención en el expediente del participante. Después de una intervención disciplinaria, se pedirá al niño/a que identifique el comportamiento que dio lugar a la intervención y conductas apropiadas para la próxima vez.

Métodos de Disciplina:

- Se animará a los niños a pensar en soluciones o alternativas para su propia conducta inapropiada, ayudándoles a aceptar responsabilidad por sus acciones.
- Los niños serán redirigidos de una conducta inapropiada hacia una experiencia más constructiva y exitosa mediante opciones apropiadas.
- Los niños serán retirados de una situación provocadora para que puedan recuperar el control. Si un niño/a pierde el control o representa un peligro para sí mismo/a u otros, será enviado al Maestro Principal o a la Directora Ejecutiva. El objetivo es preservar su autoestima, no explotarlo ni humillarlo. El niño/a decide cuánto tiempo necesita antes de regresar al grupo.

Autorizo a The Center: A Drop-In Community Learning & Resource Center a obtener toda atención médica necesaria para mi hijo/a en caso de una emergencia. Entiendo que se comunicarán conmigo tan pronto como sea posible si ocurre una emergencia.

Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____

Formulario de liberación de permiso

que aprende de:

Primeros auxilios/CPR • Gerencia del comportamiento • Excursiones • Fotos y nombre

Nombre del niño: _____ Fecha: _____

Primeros auxilios y permiso de CPR que_____

reconozco que he leído la política del accidente y de la emergencia en el manual del padre y doy a personal de la gota el permiso de administrar los primeros auxilios y/o CPR a mi niño.

Firma del _____del padres

Política de la disciplina y dirección del comportamiento que_____

reconozco que he leído la política de la disciplina y la dirección del comportamiento en el manual del padre y doy a personal de la gota el permiso de utilizar medidas apropiadas según lo indicado en el manual.

Firma del _____ del padres

Excursiones_____

reconozco que he leído la política del excursiones al campo en el manual del padres y seguiré los procedimientos indicados.

Firma del _____ del padres

Lanzamiento de la foto_____

doy consentimiento al uso de las fotografías/de los videos tomados durante nuestros programas para los propósitos de la publicidad, promocionales y/o educativos (publicaciones incluyendo, presentación o difusión vía el periódico, el Internet u otras fuentes de los medios). Hago esto con conocimiento completo y consiento y renuncio todas las demandas para la remuneración para el uso.

____ sí, doy el consentimiento para The Drop In Learn/Camp a la fotografía mi niño para los propósitos y/o los acontecimientos del programa.

_____No, no autorizo a The Drop In Learn/Camp a la fotografía para mi niño para ningún acontecimiento.

Firma del _____ del padres

Programa de Alimentos para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP)
Solicitud de elegibilidad por ingreso para centros de cuidados infantiles y Head Start

Instrucciones: Consulte las Instrucciones para la CACFP solicitud de elegibilidad por ingreso para centros de cuidados infantiles y Head Start.

Parte 1 — Información del niño

Nombre del niño: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento *(día, mes, a*: _____

Días normales de cuidado del niño *(Marque todos los días aplicables):*

☐ lunes ☐ martes ☐ miércoles ☐ jueves ☐ viernes ☐ sábado ☐ domingo

Horario normal de cuidado del niño *(Escriba la hora y circule AM o PM):*

_____ AM/PM to _____ AM/PM an _____ AM/PM to _____ AM/PM

Servicios normales de comidas provistas al niño *(Marque todas las comidas/meriendas aplicables):*

☐ Desayuno ☐ Merienda AM ☐ Almuerzo ☐ Merienda PM ☐ Cena

Parte 2A — Participantes categóricamente elegibles para recibir comidas gratis de los beneficios del CACFP

Familias que reciben beneficios del Programa de Asistencia Suplementaria de Nutrición (Supplemental Nutrition Assistance Program - SNAP) (antes conocido como Estampillas de Alimentos) o Asistencia Temporal a la Familia (Temporary Family Assistance - TFA), y familias con hijos de crianza: Complete esta parte y la parte 3. No complete la parte 2B.

Número de caso del SNAP: _____ Número de caso del TFA: _____ Marque si hay hijos de crianza: ☐

Parte 2B — Todos los demás grupos familiares *Si no completó la parte 2A, complete esta parte y la parte 3.*

- **Nombre de todos los miembros del grupo familiar:** Enumere a todos los miembros del grupo familiar, incluido el participante indicado en la parte 1 más arriba.
- **Ingresos brutos y la frecuencia con la que se recibe:** Indique si los ingresos se recibieron mensualmente, dos veces al mes, cada dos semanas o semanalmente colocando el monto de los ingresos en la casilla de frecuencia apropiada. Debe escribir los ingresos en la casilla de frecuencia apropiada.

	Ganancias del trabajo (antes (de deducciones): empleo 1				**Asistencia pública/ manutención de menores/ pensión alimentaria**				**Pensión/jubilación/seguro social/todos los demás ingresos**			
Nombres	Semanalmente	Quincenalmente (cada 2 semanas)	2 veces al mes	Mensualmente	Semanalmente	Quincenalmente (cada 2 semanas)	2 veces al mes	Mensualmente	Semanalmente	Quincenalmente (cada 2 semanas)	2 veces al mes	Mensualmente

Parte 3 — Información de contacto, firma y número de seguro social

Un miembro adulto del grupo familiar debe firmar y fechar este formulario antes de que se apruebe.

Yo certifico (prometo) que toda la información en este formulario es verdadera y se han informado todos los ingresos. Entiendo que el centro recibirá fondos federales en base a la información que yo provea. Entiendo que los funcionarios de CACFP pueden verificar la información. Entiendo que, si doy información falsa intencionalmente, mis niños/as pueden perder beneficios de comida, y yo puedo ser enjuiciado/a de acuerdo a las leyes aplicables de orden estatal y federal.

CACFP Solicitud de elegibilidad por ingreso para centros de cuidados infantiles y Head Start

Nombre del adulto en letra de imprenta: _____ Firma: _____ Fecha: _____

Últimos cuatro dígitos del número de seguro social (SSN, por sus siglas en inglés) XXX-XX-_____ ☐ No tengo un SSN

Teléfono de casa (con código de área): _____ Teléfono del trabajo (con código de área): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Parte 4 — Identidad racial y étnica (opcional) *No tiene obligación de completar esta parte.*

Etnia *(marque una opción):*

- ☐ Hispana/latina
- ☐ No hispana ni latina

Raza *(marque una opción o más):*

- ☐ Asiático/a
- ☐ Caucásico/a
- ☐ Afroamericano/a
- ☐ Indio/a estadounidense o nativo/a de Alaska
- ☐ Nativo/a de Hawái o de otra isla del Pacífico

La ley nacional de comidas escolares Richard B. Russell requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP - Programa de asistencia de nutrición complementaria), Temporary Assistance for Needy Families (TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDAProgramComplaintForm-Spanish-Section508Compliant.pdf, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

1. correo: U.S. Department of Agriculture
   Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
   1400 Independence Avenue, SW
   Washington, D.C. 20250-9410; o
2. fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Para obtener información sobre el CACFP, visite el sitio web del CACFP del Departamento de Educación del Estado de Connecticut (CSDE) o comuníquese con el personal del CACFP en Connecticut State Department of Education, Bureau of Child Nutrition Programs, 450 Columbus Boulevard, Suite 504, Hartford, CT 06103-1841. Este formulario está disponible en https://portal.ct.gov/-/media/sde/nutrition/cacfp/forms/incelig//income_eligibility_ application_cacfp_centers_spanish.pdf.

Solo para uso del patrocinador – No escriba después de esta línea

Conversión al ingreso anual: Semanalmente X 52 • Cada 2 semanas X 26 • Dos veces al mes X 24 • Mensualmente X 12

Ingreso familiar total: _____ familia: _____ ☐ Grupo familiar del SNAP/SSI/Medicaid

☐ Elegible para recibir comidas gratis ☐ Elegible para recibir comidas a pr☐io reducid ☐ O Excede los ingresos

Firma oficial de elegibilidad del patrocinador: _____ Fecha: _____

Departamento de Educación del estado de Connecticut

Registro de la evaluación de salud de la niñez temprana

Al Padre, la madre o el tutor:

Para poder brindarle el mejor servicio, los proveedores de atención médica de la niñez temprana deben entender las necesidades de salud de su hijo. En la primera parte de este formulario le pedimos información sobre la salud de su hijo. Ésta ayudará a los médicos para su evaluación (Parte II). Antes de poder ingresar a un Programa de la Niñez Temprana, la ley del estado requiere que un médico, enfermera de práctica avanzada, asociado médico, profesional de la salud certificado legalmente o un asociado médico asignado a una base militar realice una evaluación de salud y le haya puesto las vacunas principales Connecticut (C.G.S. Secs. 10-204a and 10-206). Una revisión de inmunización y evaluaciones de salud adicionales son necesarias en el 6° o 7° grado y en el noveno o décimo grado. El grado específico será determinado por la junta local de educación. Este formulario también puede ser utilizado para las evaluaciones de salud necesarias cada año para los estudiantes que vayan a participar en los equipos deportivos.

Por favor escriba en letra de imprenta

N ☐ Niño ☐ Niña

D

Nombre del padre, la madre o tutor (apellido,nombre, 2do nombre) | Teléfono de la casa | Teléfono celular

Escuela/ Grado

Raza/ Procedencia étnica ☐ Negro, no de origen hispano
☐ Nativo americano o de Alaska ☐ Blanco no de origen hispano
☐ Hispano/Latino ☐ Asiático/ Islas del Pacifico ☐ Otro

¿Su hijo tiene seguro médico? S N Si su hijo no tiene seguro medico, llame al **1-877-CT-HUSKY**

* Si aplica

Parte I — El padre, la madre o el tutor legal debe llenar esta parte.

Antes del examen físico, por favor conteste las siguientes preguntas acerca de la salud de su hijo(a).

Encierre en un círculo la **S** si la respuesta es "sí" o la **N** si la respuesta es "no".
En el espacio que aparece a continuación, ofrezca una explicación a todas las peguntas a las que contestó "sí".

Alguna inquietud sobre la salud	S	N	Hospitalización o Visitas a la sala de emergencias	S	N	Contusión cerebral	S	N
Alergia de comida, picaduras de insectos	S	N	Hueso roto o dislocado	S	N	Se ha desmayado	S	N
Alergia a algún medicamento	S	N	Herida de musculo o coyuntura	S	N	Dolor en el pecho	S	N
Alguna otra alergia	S	N	Herida al cuello o la espalda	S	N	Algún problema del corazón	S	N
Toma medicamentos diariamente	S	N	Problema cuando corre	S	N	Presión sanguínea alta	S	N
Alguna dificultad con la visión	S	N	"Mono" (en el último año)	S	N	Sangrando más de lo normal	S	N
Usa lentes de contacto o anteojos	S	N	Tiene un riñón o testículo	S	N	Dificultad con la respiración o tiene tos	S	N
Alguna dificultad con la audición	S	N	Aumentó o bajó de peso en exceso	S	N	Ha fumado	S	N
Alguna dificultad del habla	S	N	Frenillos, capas o puentes dentales	S	N	Tratamientos para el asma (últimos 3 años)	S	N
Historial Familiar						Tratamiento de convulsiones (últimos 2 años)	S	N
Algún pariente ha tenido una repentina muerte inexplicable (menos de 50 años)				S	N	Diabetes	S	N
Algún miembro de la familia inmediata tiene el colesterol alto				S	N	ADHD/ADD	S	N

Si **respondió "Si"** a alguna de las preguntas, explique su respuesta o proporcione información adicional. Para las heridas e enfermedades favor de incluir el año y la edad del niño cuando pasó:

¿Hay algo que quieres discutir con la enfermera escolar? S N Si la respuesta es "Si", explique:

P

E *el tutor legal deben firmar una autorización adicional llamada* ***Medication Authorization Form*** *(formulario de autorización para administrar medicamentos.*

Por este medio doy autorización al médico de mi hijo y al profesional de la niñez temprana o al asesor/enfermera/coordinador de salud a que compartan, confidencialmente, la in

Firma del padre, la madre o del tutor Fecha

HAB 3 **Para mantenerse en el archivo de salud del estudiante**

Formulario de Autorización para Yoduro de Potasio (KI)

Todos los programas de cuidado infantil ubicados dentro de un radio de diez millas de la Central Nuclear Millstone en Waterford, Connecticut, deben notificar a los padres y tutores de los menores inscritos, al personal del programa y a otras personas presentes sobre el requisito legal de distribuir y administrar yoduro de potasio a los adultos presentes o a un niño que se encuentre bajo cuidado durante una emergencia de salud pública declarada por el Gobernador. Los programas deben designar a miembros del personal, de dieciocho años de edad o mayores, para distribuir y administrar el yoduro de potasio y deben instruirlos sobre su administración.

Complete un formulario por separado para cada niño inscrito.
Se recomienda consultar con el médico de atención primaria de su hijo/a antes de completar este formulario.

Nombre del niño/a o miembro del personal: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Nombre del padre, madre o tutor: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Médico de atención primaria del niño/a: _____ Teléfono: _____

Indique su autorización o rechazo marcando la(s) casilla(s) correspondiente(s):

☐ SÍ, deseo que mi hijo/a mencionado/a anteriormente reciba KI administrado por su proveedor de cuidado infantil cuando:

☐ SÍ, deseo recibir KI cuando:

- El Gobernador declare una emergencia de salud pública, Y
- Se recomiende a las personas de un área específica, que incluya este centro de cuidado infantil, mediante el Sistema de Alerta de Emergencia (EAS) u otro sistema de comunicación, tomar las tabletas de yoduro de potasio (KI), Y
- Entiendo que tomar yoduro de potasio (KI) bajo estas circunstancias es voluntario.

☐ NO, NO deseo que mi hijo/a mencionado/a anteriormente reciba KI administrado por su proveedor de cuidado infantil en caso de una emergencia de salud pública.

☐ NO, NO deseo recibir KI en caso de una emergencia de salud pública.

He recibido por escrito información del centro sobre las contraindicaciones y los posibles efectos secundarios de tomar yoduro de potasio, de acuerdo con las pautas actuales sobre exposición, dosis, contraindicaciones y efectos secundarios emitidas por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Entiendo que es mi responsabilidad notificar por escrito a mi proveedor si deseo cambiar la autorización indicada anteriormente.

Firma del padre/madre/tutor o miembro del personal: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de molde: _____