



Packet return: Monday-Friday
8:30-10:30 am and 12:30-3:30 pm

Regrese el paquete: Lunes a Viernes
8:30-10:30 am y 12:30-3:30 pm

2023-2024

ENROLLMENT REGISTRATION INFORMATION SHEET

Mike Choate Early Childhood Education Center

(760) 695-9607

You will need:

1. **Registered Birth Certificate and Birth Certificate(s) of all dependent children under 18 in the household** - Souvenir birth announcements from the hospital and notification of Registration of Birth are not legal documents.
2. **Current Immunization Record** – Up to date according to state law. See attached Parent’s guide for requirements. Must be properly signed and dated.
3. **Current Health Check Up** – or proof of scheduled appointment. See attached form.
4. **Proof of Residency** – Example: Deed, rent receipt, utility bill. License or ID not accepted.
5. **Picture I.D** of parent or legal guardian registering the child.
6. **Proof of Income** – Parent’s income for 30 consecutive days and any other income, including pay stubs, cash aid, food stamps, Section 8, pension, unemployment and/or proof of child support, if applicable. *If you are self-employed, please call preschool office in advance for information on required documentation.*

*You must have all these items and this packet completed before we can accept this packet to apply.

Necesitara lo siguiente para registrar a su hijo/a:

1. **Acta de nacimiento de todos los niños menores de 18 años en la familia** – Certificado del hospital no es un documento legal.
2. **Comprobante de Vacunas**- Actualizada de acuerdo a la ley estatal. Vea la guía de requisitos de vacunas que esta incluida. Debe de tener todas las vacunas con fecha y firma apropiada.
3. **Examen de Salud** – Reciente o comprobante de una cita. Ver formulario adjunto.
4. **Comprobante de Residencia** – Ejemplos: Recibo de renta o pago mensual de casa, cuenta de utilidades (gas, electricidad, agua). No se acepta licencia o identificación como comprobante.
5. **Identificación con foto** de madre, padre or tutor registrando al niño/a.
6. **Comprobantes de un mes de salario con fecha reciente al día de inscripción** y cualquier otro ingreso incluyendo talones de cheque, asistencia social, estampillas de comida, Sección 8, pensión, desempleo, y/o manutención infantil, si es aplicable. *Si tiene negocio propio o recibe pago en efectivo, por favor llame a la oficina para información sobre documentos que debe presentar.*

* Necesita tener todos estos documentos y este paquete completo antes que podamos aceptar su solicitud para aplicar .



2023-2024 Preschool Schedule

Mike Choate Early Childhood Education Center
407 S. Mission Rd.
Fallbrook, CA 92028
(760) 695-9607

AM	PM
Monday – Thursday 8:00 – 11:00 am	Monday – Thursday 12:00 – 3:00 pm

Class times will be assigned. Eligibility is based on family size and income. Families selected will be assigned a class schedule. If your assigned schedule does not meet your family needs, you may have the option to go on the wait list.

Horario para el año 2023-2024

Mike Choate Early Childhood Education Center
407 S. Mission Rd.
Fallbrook, CA 92028
(760) 695-9607

AM	PM
lunes a jueves 8:00 – 11:00 am	lunes a jueves 12:00 – 3:00 pm

Horario de clases será asignado. Elegibilidad es basada en el ingreso familiar y número de personas en la familia. A las familias seleccionadas se les asignará un horario de clase. Si su horario asignado no cumple con sus necesidades de familia usted tiene la opción de apuntarse en la lista de espera.



Mike Choate Early Childhood Education Center
Preschool Program Eligibility Questionnaire

Completion of this application does not guarantee your child's enrollment. We will enter the information on this questionnaire to help us determine program eligibility. Admission to this program is not based solely on state income guidelines, but it is a factor that must be considered based on funding. Other eligibility factors include English Learner status and age. Incomplete questionnaires CANNOT be processed and will be returned. We must have this document on file for a student to be enrolled in our preschool program.

Family Information:

Guardian A: Name of (Parent-guardian-foster parent)

Guardian B: Name of (Parent-guardian-foster parent)

Student Name

Student Date of Birth

Today's Date

Home Language Survey:

Directions: Please check a response for each of the following questions and indicate other languages if applicable.

English Spanish Other:

- 1. What language did your child learn when he/she first began to speak?
2. What language does your child most frequently use at home?
3. What language do you use most frequently to speak to your child?
4. What language do the adults at home most often speak?

Sources of Income: Please list your average monthly gross income (before deductions)

The following applies to Guardian A

Family earnings (gross) \$
Pensions/ Retirement \$
Social Security/Disability \$
Child support/Alimony \$
Welfare benefits \$
Other income \$

The following applies to Guardian B

Family earnings (gross) \$
Pensions/ Retirement \$
Social Security/Disability \$
Child support/Alimony \$
Welfare benefits \$
Other income \$

Total Family Income (guardian A + B): \$ # of dependents in household:

Previous participation- Have you had a different child previously attend MCC? Yes No
If yes, please list name(s); Name Year Name Year

Family start date: Family ID #



Cuestionario de Elegibilidad para el Programa Preescolar

El llenar esta solicitud no garantiza la inscripción de su hijo(a). Tomaremos en cuenta la información en este cuestionario para determinar la elegibilidad para el programa. El ingreso a este programa no está basado únicamente en las guías estatales de ingreso monetario, pero es un factor que se debe de considerar dado a la financiación. Otros factores que se consideran son el idioma y la edad. Los cuestionarios que no se llenen completamente NO serán procesados y se les regresarán. Nosotros debemos tener este documento archivado para poder inscribir al estudiante en nuestro programa preescolar.

Información Familiar:

Tutor A: Nombre del (padre-tutor-padre de crianza)

Tutor B: Nombre del (padre-tutor-padre de crianza)

Nombre del Estudiante

Fecha de Nacimiento del Estudiante

Fecha de Hoy

Encuesta del Idioma en el Hogar:

Instrucciones: Favor de marcar una respuesta para cada una de las siguientes preguntas y anote el idioma cuando corresponda.

	Inglés	Español	Otro(s) idioma(s):
1. ¿Qué idioma habló su niño(a) cuando empezó a hablar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. ¿Qué idioma usa su niño(a) con más frecuencia en el hogar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. ¿Qué idioma usa con más frecuencia cuando habla usted con su hijo(a)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. ¿Qué idioma hablan los adultos en el hogar la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Fuentes de Ingreso: Favor de indicar el promedio de su ingreso mensual en bruto (antes de los impuestos)

Lo siguiente aplica al **tutor A**

Sueldo familiar (en bruto) \$ _____

Pensiones/ retiro \$ _____

Seguro social/incapacidad \$ _____

Pensión alimenticia/niño u adulto \$ _____

Asistencia social \$ _____

Otros ingresos \$ _____

Lo siguiente aplica al **tutor B**

Sueldo familiar (en bruto) \$ _____

Pensiones/ retiro \$ _____

Seguro social/incapacidad \$ _____

Pensión alimenticia/niño u adulto \$ _____

Asistencia social \$ _____

Otros ingresos \$ _____

Total de Ingresos familiares (tutor A + B): \$ _____ **Núm. de dependientes en el hogar:** _____

Participación previa - ¿Ha tenido un niño diferente asistiendo previamente a MCC?? Yes _____ No _____
 Si es así, por favor escriba el nombre; Nombre _____ Año _____ Nombre _____ Año _____

Family start date: _____ Family ID # _____

FOR OFFICE USE ONLY

School: _____ Start Date: _____ Teacher: _____
 INTERdistrict Yes No INTRAdistrict: Yes No GATE Yes No
 DOB Verified: _____ Migrant Card _____ Date: _____
 Immunizations: Complete Incomplete Exempt
 Verified By: _____ Date: _____ Student ID# _____



Preschool Student Registration Form

Male Female

Student Legal Last Name	Legal First	Legal Middle	Grade
Date of Birth	Birth Place	Birth State	Birth Country

Has this student:

Attended Fallbrook schools before? Yes No Been retained? Yes No If yes, grade? _____
 Attended Preschool? Yes No If yes, When? _____ Where? _____
 Attended a California Public School? Yes No If yes Where? _____
 Ever received Special Education Services? Yes No
 Ever received 504 accommodations? Yes No
 Ever been qualified for GATE? Yes No
 Ever been placed on a SARB Contract? Yes No
 Ever been previously suspended and/or expelled or is he/she currently recommended for expulsion? Yes No

What date did this student first enter a U.S. School? _____
 Does anyone in your household work, or has anyone ever worked in seasonal or temporary work related to agriculture (such as field work), food processing (canneries or packing houses), fishing, lumbering or dairy work in the last three years?
 Yes No

In what language would you like to receive school communications? English Spanish

As mandated by federal and state law, please answer the following questions to identify this student's ethnicity and race. This information will only be used for reporting total counts of students and will not be released in a personally-identifiable form

Is this student's ethnicity Hispanic or Latino? Yes No

Please mark one or more of the following boxes to indicate the student's race.

<input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native	<input type="checkbox"/> Asian-Chinese	<input type="checkbox"/> Asian-Japanese
<input type="checkbox"/> Asian-Korean	<input type="checkbox"/> Asian-Vietnamese	<input type="checkbox"/> Asian-Indian
<input type="checkbox"/> Asian-Laotian	<input type="checkbox"/> Asian-Cambodian	<input type="checkbox"/> Asian-Hmong
<input type="checkbox"/> Asian-Other	<input type="checkbox"/> Pacific Islander-Hawaiian	<input type="checkbox"/> Pacific Islander-Guamanian
<input type="checkbox"/> Pacific Islander-Samoan	<input type="checkbox"/> Pacific Islander-Tahitian	<input type="checkbox"/> Pacific Islander-Other
<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Black	<input type="checkbox"/> White

Primary Address

Home Address (Street) _____ City _____ State _____ Zip Code _____

Primary Phone Number: () _____

Residence Information (federally mandated by NCLB) – where is your child currently living?

Single Family Permanent Housing Doubled-up (temporarily sharing housing due to economic hardship or loss)
 Motel/Hotel Unsheltered (car/campsite) Shelter/Transitional Housing Program
 Foster Home Other (please specify) _____

Name of Last School Attended: _____

Address: _____ Street _____ City _____ Zip _____

Phone Number _____ Fax: _____

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

School: _____ Start Date: _____ Teacher: _____
 INTERdistrict Yes No INTRAdistrict: Yes No GATE Yes No
 DOB Verified: _____ Migrant Card _____ Date: _____
 Immunizations: Complete Incomplete Exempt
 Verified By: _____ Date: _____ Student ID# _____



Formulario para Matriculación al Preescolar

				<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
Apellido del Estudiante	Primer Nombre	Segundo	Grado		
Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	Estado			País

¿Este Estudiante ha:

- asistido a escuelas de Fallbrook anteriormente? Si No
- asistido al Preescolar? Si No
- asistido las Escuelas Públicas de California? Si No
- recibido servicios de Educación Especial? Si No
- recibido plan de adaptaciones 504? Si No
- calificado para el Programa GATE? Si No
- sido puesto en un contrato de SARB? Si No
- sido suspendido previamente y/o expulsado o está él/ella actualmente recomendado(a) para una expulsión? Si No
- ¿En qué fecha se matriculo por primera vez en una escuela en los Estados Unidos? _____
- ¿Algún miembro de la familia trabaja o ha trabajado en los últimos tres años en empleo temporal relacionado con la agricultura (trabajo de campo), alimentos (fábricas de enlatado o emparadoras), industria pesquera, de madera o establos lecheros? Si No
- ¿En qué idioma prefiere recibir correspondencia escolar? Inglés Español

Por mandato de leyes federales y estatales, por favor conteste las siguientes preguntas para identificar la etnicidad y raza de este estudiante. Esta información solamente será utilizada para reportar cantidades totales de estudiantes y no será publicada en ninguna forma que pudiera resultar personalmente identificable.

¿Es el origen étnico del estudiante Hispano o Latino? Si No

Por favor marque una o más de las siguientes opciones para indicar la raza del estudiante.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Asiático -Chino | <input type="checkbox"/> Asiático- Japonés |
| <input type="checkbox"/> Asiático -Coreano | <input type="checkbox"/> Asiático -Vietnamita | <input type="checkbox"/> Asiático-Indio |
| <input type="checkbox"/> Asiático-Laosiano | <input type="checkbox"/> Asiático -Camboyano | <input type="checkbox"/> Asiático-Hmong |
| <input type="checkbox"/> Asiático-Otro | <input type="checkbox"/> Hawaiano | <input type="checkbox"/> Guameño |
| <input type="checkbox"/> Samoano | <input type="checkbox"/> Tahitiano | <input type="checkbox"/> Otra Isla del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Africano Americano | <input type="checkbox"/> Blanco |

Domicilio del Estudiante

Domicilio (Calle) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Num. de Teléfono Principal: (____) _____

Información de Residencia (mandato federal de NCLB) – ¿en donde está viviendo actualmente su hijo/a?

- Hogar permanente de una sola familia
- Motel/Hotel
- Hogar temporal para niños adoptivos
- Dos familias(compartiendo hogar por perdidas o situación económica difícil)
- Sin vivienda (carro/campamento)
- Otro (especifique) _____
- Refugio o programa de vivienda temporal

Nombre de la última escuela a la cual asistió el estudiante: _____

Domicilio: _____
 Calle Ciudad Código Postal

Num. de Tel _____ Fax: _____

Parent/Guardian Information

Contact #1

<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Relationship	Full Name	Home Phone	Work Phone
<hr/>		<hr/>	
Text messages OK? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Email	
Cell phone <hr/>			
Mailing Address: <hr/>			
Parent Education Level:			
<input type="checkbox"/> Not a High School Graduate	<input type="checkbox"/> High School Graduate	<input type="checkbox"/> Some College	
<input type="checkbox"/> College Graduate	<input type="checkbox"/> Graduate/Post Grad Training	<input type="checkbox"/> Decline to state/Unknown	
Parent contact allowed:			
<input type="checkbox"/> Contact Allowed	<input type="checkbox"/> Educational Rights	<input type="checkbox"/> Has Custody	
<input type="checkbox"/> Lives with	<input type="checkbox"/> Mailings allowed		
Active Military? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If yes: Branch <hr/>	Rank: <hr/>	
	Bldg # <hr/>	Duty Station <hr/>	

Contact #2

<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Relationship	Full Name	Home Phone	Work Phone
<hr/>		<hr/>	
Text messages OK? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Email	
Cell phone <hr/>			
Mailing Address: <hr/>			
Parent Education Level:			
<input type="checkbox"/> Not a High School Graduate	<input type="checkbox"/> High School Graduate	<input type="checkbox"/> Some College	
<input type="checkbox"/> College Graduate	<input type="checkbox"/> Graduate/Post Grad Training	<input type="checkbox"/> Decline to state/Unknown	
Parent contact allowed:			
<input type="checkbox"/> Contact Allowed	<input type="checkbox"/> Educational Rights	<input type="checkbox"/> Has Custody	
<input type="checkbox"/> Lives with	<input type="checkbox"/> Mailings allowed		
Active Military? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If yes: Branch <hr/>	Rank: <hr/>	
	Bldg # <hr/>	Duty Station <hr/>	

Other Children in the Home

Name <hr/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DOB <hr/>	Name <hr/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DOB <hr/>
Name <hr/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DOB <hr/>	Name <hr/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DOB <hr/>

I certify that all the information on this form is true and correct.

<hr/>	<hr/>
Parent/Guardian Signature	Date

At the time of registration, please provide documentation showing student's current address for proof of residency including but not limited to:		
Driver's License/I.D. Card (current address)	Deed/Escrow papers/Rent Receipt/Property Tax Bill	Utility Bill/Receipt for Service Start-Up
Moving Receipt/Delivery Receipt	Bank Account Checkbook	District Affidavit Declaration of Residency

Información de Padres/Tutores

Contacto #1

Relación al estudiante	Nombre completo	Tel. de Casa	Tel. del Trabajo
¿Puede recibir mensajes de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Num. de Celular	Correo electrónico (e-mail)		
Domicilio de correspondencia: _____			
Nivel de Educación Formal:			
<input type="checkbox"/> No termino la preparatoria	<input type="checkbox"/> Termino la preparatoria	<input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios	
<input type="checkbox"/> Graduado de la universidad	<input type="checkbox"/> Graduado/postgraduado	<input type="checkbox"/> No desea declarar/desconocido	
Contacto Permitido:			
<input type="checkbox"/> Se le permite contacto con el estudiante	<input type="checkbox"/> Derechos Educativos	<input type="checkbox"/> Tiene Custodia (casos de divorcio)	
<input type="checkbox"/> Vive con el estudiante	<input type="checkbox"/> Recibir Correspondencia		
¿Militar Activo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si respondió Sí: División _____	Rango: _____	
	Edificio # _____	Estación: _____	

Contacto #2

Relación al estudiante	Nombre completo	Tel. de Casa	Tel. del Trabajo
¿Puede recibir mensajes de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Num. de Celular	Correo electrónico (e-mail)		
Domicilio de correspondencia: _____			
Nivel de Educación Formal:			
<input type="checkbox"/> No termino la preparatoria	<input type="checkbox"/> Termino la preparatoria	<input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios	
<input type="checkbox"/> Graduado de la universidad	<input type="checkbox"/> Graduado/postgraduado	<input type="checkbox"/> No desea declarar/desconocido	
Contacto Permitido:			
<input type="checkbox"/> Se le permite contacto con el estudiante	<input type="checkbox"/> Derechos Educativos	<input type="checkbox"/> Tiene Custodia (casos de divorcio)	
<input type="checkbox"/> Vive con el estudiante	<input type="checkbox"/> Recibir Correspondencia		
¿Militar Activo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si respondió Sí: División _____	Rango: _____	
	Edificio # _____	Estación: _____	

Otros hermanos(as) del estudiante que viven en casa:

Nombre _____	□M □F	Fecha de Nac _____	Nombre _____	□M □F	Fecha de Nac _____
Nombre _____	□M □F	Fecha de Nac _____	Nombre _____	□M □F	Fecha de Nac _____

Declaro que la información presentada es correcta y verídica.

Firma de Padre/Tutor

Fecha

Al momento de matriculación, por favor tenga disponible documentos para comprobar su residencia tales como los siguientes ejemplos:

Licencia de manejar/I.D. (domicilio actual)	Escrituras de casa/Recibo de Renta	Recibo de utilidades/Servicio
Recibo de Entrega o de Mudanza	Chequera/cuenta bancaria	Declaración de Residencia del Distrito

IDENTIFICATION AND EMERGENCY INFORMATION CHILD CARE CENTERS/FAMILY CHILD CARE HOMES

To Be Completed by Parent or Authorized Representative

CHILD'S NAME	LAST	MIDDLE	FIRST	SEX	TELEPHONE ()
ADDRESS	NUMBER	STREET	CITY	STATE	ZIP
					BIRTHDATE
FATHER'S/GUARDIAN'S/FATHER'S DOMESTIC PARTNER'S NAME	LAST	MIDDLE	FIRST	BUSINESS TELEPHONE ()	
HOME ADDRESS	NUMBER	STREET	CITY	STATE	ZIP
					HOME TELEPHONE ()
MOTHER'S/GUARDIAN'S/MOTHER'S DOMESTIC PARTNER'S NAME	LAST	MIDDLE	FIRST	BUSINESS TELEPHONE ()	
HOME ADDRESS	NUMBER	STREET	CITY	STATE	ZIP
					HOME TELEPHONE ()
PERSON RESPONSIBLE FOR CHILD	LAST NAME	MIDDLE	FIRST	HOME TELEPHONE ()	BUSINESS TELEPHONE ()

ADDITIONAL PERSONS WHO MAY BE CALLED IN AN EMERGENCY

NAME	ADDRESS	TELEPHONE	RELATIONSHIP

PHYSICIAN OR DENTIST TO BE CALLED IN AN EMERGENCY

PHYSICIAN	ADDRESS	MEDICAL PLAN AND NUMBER	TELEPHONE ()
DENTIST	ADDRESS	MEDICAL PLAN AND NUMBER	TELEPHONE ()

IF PHYSICIAN CANNOT BE REACHED, WHAT ACTION SHOULD BE TAKEN?

- CALL EMERGENCY HOSPITAL OTHER EXPLAIN: _____

NAMES OF PERSONS AUTHORIZED TO TAKE CHILD FROM THE FACILITY

(CHILD WILL NOT BE ALLOWED TO LEAVE WITH ANY OTHER PERSON WITHOUT WRITTEN AUTHORIZATION FROM PARENT OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE)

NAME	RELATIONSHIP

TIME CHILD WILL BE CALLED FOR

SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE

DATE

TO BE COMPLETED BY FACILITY DIRECTOR/ADMINISTRATOR/FAMILY CHILD CARE HOMES LICENSEE

DATE OF ADMISSION

DATE LEFT

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	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

CHILD'S PREADMISSION HEALTH HISTORY—PARENT'S REPORT

CHILD'S NAME	SEX	BIRTH DATE
FATHER'S NAME	DOES FATHER LIVE IN HOME WITH CHILD?	
MOTHER'S NAME	DOES MOTHER LIVE IN HOME WITH CHILD?	
IS /HAS CHILD BEEN UNDER REGULAR SUPERVISION OF PHYSICIAN?		DATE OF LAST PHYSICAL/MEDICAL EXAMINATION

DEVELOPMENTAL HISTORY *(*For infants and preschool-age children only)*

WALKED AT*	BEGAN TALKING AT*	TOILET TRAINING STARTED AT*
MONTHS	MONTHS	MONTHS

PAST ILLNESSES — Check illnesses that child has had and specify approximate dates of illnesses:

DATES	DATES	DATES
<input type="checkbox"/> Chicken Pox	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Poliomyelitis
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Epilepsy	<input type="checkbox"/> Ten-Day Measles (Rubeola)
<input type="checkbox"/> Rheumatic Fever	<input type="checkbox"/> Whooping cough	<input type="checkbox"/> Three-Day Measles (Rubella)
<input type="checkbox"/> Hay Fever	<input type="checkbox"/> Mumps	

SPECIFY ANY OTHER SERIOUS OR SEVERE ILLNESSES OR ACCIDENTS

DOES CHILD HAVE FREQUENT COLDS? YES NO HOW MANY IN LAST YEAR? _____ LIST ANY ALLERGIES STAFF SHOULD BE AWARE OF _____

DAILY ROUTINES *(*For infants and preschool-age children only)*

WHAT TIME DOES CHILD GET UP?*

WHAT TIME DOES CHILD GO TO BED?*

DOES CHILD SLEEP DURING THE DAY?*

WHEN?*

DOES CHILD SLEEP WELL?*

HOW LONG?*

DIET PATTERN: (What does child usually eat for these meals?)

BREAKFAST	WHAT ARE USUAL EATING HOURS?
LUNCH	BREAKFAST _____
DINNER	LUNCH _____
	DINNER _____

ANY FOOD DISLIKES? _____ ANY EATING PROBLEMS? _____

IS CHILD TOILET TRAINED?*

IF YES, AT WHAT STAGE:*

ARE BOWEL MOVEMENTS REGULAR?*

WHAT IS USUAL TIME?*

YES NO

YES NO

WORD USED FOR "BOWEL MOVEMENT"*

WORD USED FOR URINATION*

PARENT'S EVALUATION OF CHILD'S HEALTH

IS CHILD PRESENTLY UNDER A DOCTOR'S CARE?	IF YES, NAME OF DOCTOR:	DOES CHILD TAKE PRESCRIBED MEDICATION(S)?	IF YES, WHAT KIND AND ANY SIDE EFFECTS:
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
DOES CHILD USE ANY SPECIAL DEVICE(S):	IF YES, WHAT KIND:	DOES CHILD USE ANY SPECIAL DEVICE(S) AT HOME? IF YES, WHAT KIND:	
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	

PARENT'S EVALUATION OF CHILD'S PERSONALITY

HOW DOES CHILD GET ALONG WITH PARENTS, BROTHERS, SISTERS AND OTHER CHILDREN?

HAS THE CHILD HAD GROUP PLAY EXPERIENCES?

DOES THE CHILD HAVE ANY SPECIAL PROBLEMS/FEARS/NEEDS? (EXPLAIN.)

WHAT IS THE PLAN FOR CARE WHEN THE CHILD IS ILL?

REASON FOR REQUESTING DAY CARE PLACEMENT

PARENT'S SIGNATURE _____ DATE _____

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 BANO 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:

FECHAS	FECHAS	FECHAS	FECHAS
<input type="checkbox"/> Varicela	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Poliomielitis	
<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? Sí NO ¿CUÁNTOS EN LOS ÚLTIMOS DOCE MESES? _____ ANOTE CUALQUIER ALERGIA DE LA CUAL EL PERSONAL DEBE ESTAR ENTERADO

RUTINA 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?*

Sí NO SI CONTESTA "SÍ", ¿EN QUE ETAPA DE APRENDIZAJE ESTA?*

¿TIENE EVACUACIONES INTESTINALES REGULARES?*

Sí NO ¿CUÁL ES LA HORA USUAL?*

¿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

¿ESTA EL NIÑO ACTUALMENTE BAJO EL CUIDADO DE UN DOCTOR? Sí NO SI CONTESTA "SÍ", ANOTE EL NOMBRE DEL DOCTOR: _____

¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL? Sí NO SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE: _____

¿ESTÁ TOMANDO EL NIÑO MEDICAMENTOS RECETADOS? Sí NO SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE Y EFECTOS SECUNDARIOS: _____

¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL EN SU CASA? Sí NO SI CONTESTA "SÍ", ANOTE LA CLASE: _____

EVALUACIÓN 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 NIÑOS

FIRMA DEL PADRE/MADRE _____ FECHA _____

CONSENT FOR EMERGENCY MEDICAL TREATMENT- Child Care Centers Or Family Child Care Homes

AS THE PARENT OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE, I HEREBY GIVE CONSENT TO

Mike Choate Center _____ TO OBTAIN ALL EMERGENCY MEDICAL OR DENTAL CARE
FACILITY NAME

PRESCRIBED BY A DULY LICENSED PHYSICIAN (M.D.) OSTEOPATH (D.O.) OR DENTIST (D.D.S.) FOR

_____ THIS CARE MAY BE GIVEN UNDER
NAME

WHATEVER CONDITIONS ARE NECESSARY TO PRESERVE THE LIFE, LIMB OR WELL BEING OF THE CHILD
NAMED ABOVE.

CHILD HAS THE FOLLOWING MEDICATION ALLERGIES:

DATE

PARENT OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE SIGNATURE

HOME ADDRESS

HOME PHONE
()

WORK PHONE
()

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

Mike Choate Center NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO OBTENGA TODO EL TRATAMIENTO MÉDICO O DENTAL DE EMERGENCIA QUE

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

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

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

() ()

PERSONAL RIGHTS**Child Care Centers**

Personal Rights, See Section 101223 for waiver conditions applicable to Child Care Centers.

- (a) Child Care Centers. Each child receiving services from a Child Care Center shall have rights which include, but are not limited to, the following:
- (1) To be accorded dignity in his/her personal relationships with staff and other persons.
 - (2) To be accorded safe, healthful and comfortable accommodations, furnishings and equipment to meet his/her needs.
 - (3) To be free from corporal or unusual punishment, infliction of pain, humiliation, intimidation, ridicule, coercion, threat, mental abuse, or other actions of a punitive nature, including but not limited to: interference with daily living functions, including eating, sleeping, or toileting; or withholding of shelter, clothing, medication or aids to physical functioning.
 - (4) To be informed, and to have his/her authorized representative, if any, informed by the licensee of the provisions of law regarding complaints including, but not limited to, the address and telephone number of the complaint receiving unit of the licensing agency and of information regarding confidentiality.
 - (5) To be free to attend religious services or activities of his/her choice and to have visits from the spiritual advisor of his/her choice. Attendance at religious services, either in or outside the facility, shall be on a completely voluntary basis. In Child Care Centers, decisions concerning attendance at religious services or visits from spiritual advisors shall be made by the parent(s), or guardian(s) of the child.
 - (6) Not to be locked in any room, building, or facility premises by day or night.
 - (7) Not to be placed in any restraining device, except a supportive restraint approved in advance by the licensing agency.

THE REPRESENTATIVE/PARENT/GUARDIAN HAS THE RIGHT TO BE INFORMED OF THE APPROPRIATE LICENSING AGENCY TO CONTACT REGARDING COMPLAINTS, WHICH IS:

NAME

Community Care Licensing

ADDRESS

3737 Main St STE 700

CITY

Riverside, CA

ZIP CODE

92501

AREA CODE/TELEPHONE NUMBER

(951)782-4200

DETACH HERE

TO: PARENT/GUARDIAN/CHILD OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE:

PLACE IN CHILD'S FILE

Upon satisfactory and full disclosure of the personal rights as explained, complete the following acknowledgment:

ACKNOWLEDGMENT: I/We have been personally advised of, and have received a copy of the personal rights contained in the California Code of Regulations, Title 22, at the time of admission to:

(PRINT THE NAME OF THE FACILITY)

The Mike Choate Early Childhood Center

(PRINT THE ADDRESS OF THE FACILITY)

407 S. Mission Rd Fallbrook CA 92028

(PRINT THE NAME OF THE CHILD)

(SIGNATURE OF THE REPRESENTATIVE/PARENT/GUARDIAN)

(TITLE OF THE REPRESENTATIVE/PARENT/GUARDIAN)

(DATE)

DERECHOS PERSONALES**Guarderías infantiles**

Derechos personales - Vea la Sección 101223 sobre las condiciones para exenciones en relación a las guarderías infantiles.

- (a) Guarderías infantiles. Cada niño que reciba servicios de una guardería infantil tendrá derechos que incluyen pero que no se limitan a los siguientes:
- (1) a ser tratado con dignidad en sus relaciones personales con el personal del establecimiento y con otras personas.
 - (2) a que se le proporcione alojamiento, muebles, y equipo que sean seguros, higiénicos, y cómodos, para satisfacer sus necesidades.
 - (3) a no recibir castigo corporal o poco común; a que no se le cause dolor o humillación; a que no se le intimide; a no recibir burlas, coerción, amenazas, abuso mental, u otros castigos incluyendo pero no limitándose a: interferir con las funciones diarias de la vida, tales como el comer, dormir, o usar el baño; a que no se le niegue alojamiento, ropa, medicamentos, o medios auxiliares para el funcionamiento físico.
 - (4) a que la persona con licencia para el cuidado de niños le informe al niño, así como a su representante autorizado si lo hay, sobre lo que dice la ley con respecto a las quejas. Esta información debe incluir pero no limitarse a la dirección y número de teléfono de la sección en la oficina de licenciamiento que recibe quejas, e información con respecto a la confidencialidad.
 - (5) a tener la libertad de asistir a los servicios o a las actividades religiosas que desee, y a recibir visitas del consejero espiritual que prefiera. La asistencia a los servicios religiosos, ya sea dentro o fuera del establecimiento, deberá ser completamente voluntaria. En las guarderías infantiles, los padres o tutores legales del niño deberán tomar las decisiones sobre la asistencia a servicios religiosos y las visitas de consejeros espirituales.
 - (6) a que no se le encierre con llave en ninguna habitación, edificio, ni parte del establecimiento durante el día o la noche.
 - (7) a que no se le coloque en ningún aparato para limitar sus movimientos, excepto en un aparato de restricción para proporcionar apoyo que haya sido aprobado desde antes por la oficina de licenciamiento.

EL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL TIENE EL DERECHO A QUE SE LE INFORME SOBRE LA OFICINA DE LICENCIAMIENTO APROPIADA CON LA CUAL DEBE COMUNICARSE SI TIENE QUEJAS. LA OFICINA ES:

NOMBRE		
Community Care Licensing		
DIRECCIÓN		
3737 Main St STE 700		
CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	AREA/NÚMERO DE TELÉFONO
Riverside CA	92501	(951)782-4200

SEPARE AQUÍ

AL: PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL/NIÑO O REPRESENTANTE AUTORIZADO:

PARA EL EXPEDIENTE DEL NIÑO

Complete la siguiente confirmación, una vez que se le haya dado la información respecto a los derechos personales de una manera satisfactoria y completa, según se explica aquí:

CONFIRMACIÓN: Se me (nos) informó personalmente y recibí una copia de los derechos personales que contiene el Título 22 del Código de Ordenamientos de California, en el momento de admisión a:

(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO)	(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE LA DIRECCIÓN DEL ESTABLECIMIENTO)
The Mike Choate Early Childhood Center	407 S Mission Rd Fallbrook CA 92028
(ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL NIÑO)	
(FIRMA DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)	
(TÍTULO/PUESTO DEL REPRESENTANTE/PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL)	(FECHA)

FAMILY CHILD CARE HOME NOTIFICATION OF PARENTS' RIGHTS

PARENTS' RIGHTS

As a Parent/Authorized Representative, you have the right to:

1. Enter and inspect the family child care home without advance notice whenever children are in care.
2. File a complaint against the licensee with the licensing office and review the licensee's public file kept by the licensing office.
3. Review, at the family child care home, reports of licensing visits and substantiated complaints against the licensee made during the last three years.
4. Complain to the licensing office and inspect the family child care home without discrimination or retaliation against you or your child.
5. Be notified and receive, from the licensee, a written notice that lists the name of any person not allowed in the family child care home while children are present. **(NOTE: This notice is only required when the Department has, in writing, excluded someone from the family child care home on or after January 1, 2001).**
6. Request in writing that a parent not be allowed to visit your child or take your child from the family child care home, provided you have shown a certified copy of a court order.
7. Receive from the licensee the name, address and telephone number of the local licensing office.
 Licensing Office Name: Community Care Licensing
 Licensing Office Address: 3737 Main St STE 700 Riverside CA 92501
 Licensing Office Telephone #: (951) 782-4200
8. Be informed by the licensee, upon request, of the name and type of association to the family child care home for any adult who has been granted a criminal record exemption, and that the name of the person may also be obtained by contacting the local licensing office.
9. Receive, from the licensee, the Caregiver Background Check Process form.
10. Be informed, by the licensee, that the facility has or does not have liability insurance (or a bond) that covers injury to clients due to the negligence of the licensee or employees of the facility.

NOTE: CALIFORNIA STATE LAW PROVIDES THAT THE LICENSEE MAY DENY ACCESS TO THE FAMILY CHILD CARE HOME TO A PARENT/AUTHORIZED REPRESENTATIVE IF THE BEHAVIOR OF THE PARENT/AUTHORIZED REPRESENTATIVE POSES A RISK TO CHILDREN IN CARE.

For the Department of Justice "Registered Sex Offender" database, go to www.meganslaw.ca.gov

LIC 995A (8/08)

(Detach Here - Give Upper Portion to Parents)

ACKNOWLEDGEMENT OF NOTIFICATION OF PARENTS' RIGHTS (Parent/Authorized Representative Signature Required)

I, the parent/authorized representative of _____, have received a copy of the "FAMILY CHILD CARE HOME NOTIFICATION OF PARENTS' RIGHTS", the CAREGIVER BACKGROUND CHECK PROCESS and the FAMILY CHILD CARE CONSUMER AWARENESS INFORMATION form from the licensee. The Mike Choate Early Childhood Center
Name of Family Child Care Home

Signature (Parent/Authorized Representative) _____ Date _____

NOTE: This Acknowledgement must be kept in child's file and a copy of the Notification given to the parent/authorized representative.

For the Department of Justice "Registered Sex Offender" database, go to www.meganslaw.ca.gov

NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LOS HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS

DERECHOS DE LOS PADRES

Como padre/madre/representante autorizado, usted tiene el derecho de:

1. Entrar e inspeccionar el hogar que proporciona cuidado de niños (de aquí en adelante "hogar") sin notificación previa, en cualquier momento en el cual los niños estén bajo cuidado.
2. Presentar una queja con la oficina de licenciamiento en contra de la persona con licencia y revisar el expediente público que la oficina de licenciamiento tiene en relación a la persona con licencia.
3. Revisar, en el hogar, los reportes sobre las visitas por parte de la oficina de licenciamiento y las quejas comprobadas en contra de la persona con licencia que se hayan presentado durante los últimos tres años.
4. Quejarse con la oficina de licenciamiento e inspeccionar el hogar sin que se discrimine ni que se tomen represalias en contra de usted ni de su hijo.
5. Ser notificado y recibir, de la persona con licencia, una notificación por escrito con los nombres de las personas a las que no se les permite estar en el hogar mientras que estén presentes los niños. **(NOTA: Esta notificación sólo se requiere cuando el Departamento, por escrito, ha excluido a alguien del hogar el o después del 1° de enero de 2001.)**
6. Pedir por escrito que no se le permita a cierto padre/madre que visite al niño de usted ni que se lo lleve del hogar, siempre y cuando usted haya presentado una copia certificada de una orden de la corte.
7. Recibir de la persona con licencia el nombre, dirección, y número de teléfono de la oficina local de licenciamiento.

Nombre de la oficina de licenciamiento:	Community Care Licensing
Dirección de la oficina de licenciamiento:	3737 Main ST STE 700 Riverside CA 92501
Número de teléfono de la oficina de licenciamiento:	(951)782-4200
8. Solicitar que la persona con licencia, a petición de usted, le informe del nombre y tipo de asociación con el hogar de cualquier persona adulta que haya obtenido una exención en relación a sus antecedentes penales, y que el nombre de tal persona también se puede obtener comunicándose con la oficina local de licenciamiento.
9. Recibir de la persona con licencia el formulario sobre el proceso para la revisión de los antecedentes de los proveedores de cuidado.
10. Ser informado por la persona con licencia de que el establecimiento tiene o no tiene seguro de responsabilidad civil (liability insurance) o alguna garantía de una compañía de seguridad (*bond*) que cubra a los clientes por lesiones causadas por negligencia de la persona con licencia o los empleados del establecimiento.

NOTA: LA LEY ESTATAL DE CALIFORNIA ESTIPULA QUE LA PERSONA CON LICENCIA PUEDE NEGAR EL ACCESO AL HOGAR A UN PADRE/MADRE/REPRESENTANTE AUTORIZADO SI SU COMPORTAMIENTO PONE EN RIESGO A LOS NIÑOS BAJO CUIDADO.

Para ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (conocida en inglés como "Registered Sex Offender Database"), vaya a: www.meganslaw.ca.gov

LIC 995A (SP) (8/08)

(Separe aquí. Déles esta porción a los padres.)

CONFIRMACIÓN DE HABER RECIBIDO LA NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES (Se requiere la firma del padre/madre/representante autorizado.)

Yo, el padre/madre/representante autorizado de _____, he recibido, de la persona con licencia, una copia de la "NOTIFICACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PADRES EN RELACIÓN A LOS HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS", el formulario sobre el PROCESO PARA LA REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES DE LOS PROVEEDORES DE CUIDADO, y el formulario de INFORMACIÓN PARA EL CONOCIMIENTO DEL CONSUMIDOR EN RELACIÓN A LOS HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS. The Mike Choate Early Childhood Center
Nombre del hogar que proporciona cuidado de niños

Firma (Padre/madre/representante autorizado) _____ Fecha _____

NOTA: Esta confirmación se tiene que conservar en el expediente del niño y una copia de la notificación se le tiene que dar al padre/madre/representante autorizado.

Para ver la base de datos del Departamento de Justicia sobre los delincuentes sexuales inscritos (conocida en inglés como "Registered Sex Offender Database"), vaya a: www.meganslaw.ca.gov

LIC 995A (SP) (8/08)



Fallbrook Union Elementary School District

Minor/Student Release Form

Students who attend *Fallbrook Union Elementary School District* are occasionally asked to be a part of school publicity, publications, newspapers, and/or public relations activities. To guarantee student privacy and ensure your agreement for your students to participate, the *Fallbrook Union Elementary School District* asks that you sign and return this form to the school for each of your students. This includes Yearbook and class photos.

The form referenced below indicates approval for the student's name, picture, art, written work, voice, verbal statements or portraits (video or still) to appear in the *Fallbrook Union Elementary School District* publicity and/or publications, videos, or on the District or school website. Pictures and articles about school activities may also appear in local newspapers or district publications.

Agreement

Student and Parent/Guardian release to Fallbrook Union Elementary School District

Fallbrook Union Elementary School District agrees that the student's name, picture, art, written work, voice, verbal statements, portraits (video or still) will only be used for public relations, public information, school promotion, and instruction. With respect to publication in school web pages, the *Fallbrook Union Elementary School District* further agrees that:

- Children and young people under the age of 18 will not be identified in personal details other than first name, or first name and last name initial. Full names will not be used with pictures.
- Where text on a page is not associated with an accompanying image, only first names or first name and last name initial of students will be used.
- *Fallbrook Union Elementary School District* will immediately comply with any request by a parent/legal guardian for the removal of specific photographs featuring their child or references to their child's name.

Student and Parent/Guardian understand and agree that:

- No monetary consideration shall be paid
- Consent and release have been given freely

Yes, I give my consent

No, I do NOT give my consent

I give my consent for Yearbook and class photos only.

If the Student and/or Parent/Guardian wish to rescind this agreement they may do so at any time with written notice.

Student's Name PRINT: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____



Fallbrook Union Elementary School District

Autorización de Publicar Información de Menores/Estudiantes

Ocasionalmente se les pide a los estudiantes del Distrito Escolar de Fallbrook que participen en la publicidad de la escuela o que sean parte de las publicaciones, periódicos y/o actividades de relaciones públicas. Para garantizar la privacidad del estudiante y asegurar que como padre usted está de acuerdo con la participación de su hijo(a), el Distrito Escolar de Fallbrook le pide que firme y regrese esta forma a la escuela para cada uno de sus estudiantes.

La forma a la que se hace referencia indica la aprobación del nombre, fotografía, trabajo de arte, trabajo de escritura, voz, oraciones verbales (videos de movimiento o estáticos) de su estudiante para que aparezcan en la publicidad de la escuela o cualquier otra publicación como videos o en el sitio de internet del distrito o la escuela. Pueden aparecer fotografías o artículos acerca de las actividades escolares en los periódicos locales o en las publicaciones del distrito.

Acuerdo

Autorización del Padre/Tutor del Estudiante al Distrito Escolar de Fallbrook

El Distrito Escolar de Fallbrook está de acuerdo que el nombre, fotografía, trabajo de arte, trabajo de escritura, voz, oraciones verbales (videos en movimiento o estáticos) de su estudiante solo serán utilizados para relaciones públicas, información publica, promoción escolar y enseñanza. Con respecto a la publicación en la página de internet del distrito o de la escuela, el Distrito Escolar de Fallbrook además está de acuerdo que:

- Los niños y menores de 18 años no sea identificados con detalles personales que vayan más allá de su primer nombre y/o la primera sigla de su apellido. No se usaran nombres completos con fotografías.
- En donde el texto de una página no sea asociado con una imagen que lo acompañe solo el nombre o el nombre y la primera sigla del apellido serán usados.
- El Distrito Escolar de Fallbrook inmediatamente cumplirá con cualquier petición de los padres o tutores legales para remover fotografías específicas en donde aparezcan sus niños o cualquier referencia a su nombre.

El estudiante y Padre/Tutor Legal comprenden y están de acuerdo en que:

- No se pagara ninguna consideración monetaria
- El consentimiento y autorización se han hecho libre y voluntariamente

Sí, doy mi permiso que se use la información de mi hijo(a) según los términos antes mencionados.

NO, deseo que se use la información de mi hijo(a) en ninguna forma publicitaria

Sí, doy mi permiso, pero solo para fotos del anuario escolar y fotografías de la clase.

Si el estudiante o el padre/tutor legal desean anular este acuerdo ellos lo podrán hacer siempre y cuando sea por escrito.

Nombre del Estudiante: _____

Firma de Padre/Tutor: _____ Fecha: _____



Fallbrook Union Elementary School District
Mike Choate Early Childhood Education Center

Family Income Declaration
Declaración de ingresos de la Familia

I, _____ declare other adult involved in the care of _____
(Parent/Guardian) (Child's name)
who are not reporting an income during the enrollment process, are in fact not receiving any income
working at home or through other sources.

I, _____ declare under penalty of perjury that all information stated above is true
(Print name)
and correct.

Signature: _____ Date: _____

Child's Name: _____ DOB: _____

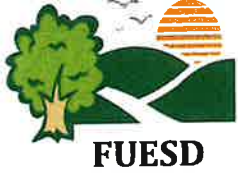
#####

Yo, _____ declaro que otros adultos involucrados en el cuidado de
(Padre/Tutor)
_____, que no están reportando un ingreso durante el proceso de inscripción,
(El nombre del niño)
no reciben ningún ingreso trabajando en casa a través de otras fuentes.

Yo, _____ declaro bajo pena de perjurio que toda la información indicada arriba es
(Imprima su nombre)
verdadera y correcta.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____



Consent To Contact Employer
El Consentimiento Para El Contacto Con El Empleador

I give permission for Mike Choate Early Childhood Education Center and its representative to verify all information from my employer to determine my eligibility during the certification process. I understand all information gathered is strictly confidential.

Doy permiso para que Mike Choate Early Childhood Education Center y su representantes verifiquen toda la información de mi empleador para determinar mi elegibilidad durante el proceso de certificación. Yo entiendo que toda la información juntada es estrictamente confidencial.

<p><i>Employer's Information/Información del empleador</i></p> <p>Name/Nombre: _____</p> <p>Address/Dirección: _____</p> <p>Phone Number/Número de teléfono: _____</p> <p>Hours of Operation/Horas de operación: _____</p>
--

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

Parent/Guardian Name/Nombre del Padre/Tutor: _____

Parent/Guardian Signature/Firma del Padre.Tutor: _____

Date/Fecha: _____

PHYSICIAN'S REPORT—CHILD CARE CENTERS (CHILD'S PRE-ADMISSION HEALTH EVALUATION)

PART A – PARENT'S CONSENT (TO BE COMPLETED BY PARENT)

_____, born _____ is being studied for readiness to enter
(NAME OF CHILD) (BIRTH DATE)

_____. This Child Care Center/School provides a program which extends from _____ : _____
(NAME OF CHILD CARE CENTER/SCHOOL)

a.m./p.m. to _____ a.m./p.m. , _____ days a week.

Please provide a report on above-named child using the form below. I hereby authorize release of medical information contained in this report to the above-named Child Care Center.

(SIGNATURE OF PARENT, GUARDIAN, OR CHILD'S AUTHORIZED REPRESENTATIVE)

(TODAY'S DATE)

PART B – PHYSICIAN'S REPORT (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN)

Problems of which you should be aware:

Hearing:

Allergies: medicine:

Vision:

Insect stings:

Developmental:

Food:

Language/Speech:

Asthma:

Dental:

Other (Include behavioral concerns):

Comments/Explanations:

MEDICATION PRESCRIBED/SPECIAL ROUTINES/RESTRICTIONS FOR THIS CHILD:

IMMUNIZATION HISTORY: (Fill out or enclose California Immunization Record, PM-298.)

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	1st	2nd	3rd	4th	5th
POLIO (OPV OR IPV)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
DTP/DTaP/ DT/Td (DIPHTHERIA, TETANUS AND [ACELLULAR] PERTUSSIS OR TETANUS AND DIPHTHERIA ONLY)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
MMR (MEASLES, MUMPS, AND RUBELLA) (REQUIRED FOR CHILD CARE ONLY)	/ /	/ /	/ /	/ /	
HIB MENINGITIS (HAEMOPHILUS B)	/ /	/ /	/ /		
HEPATITIS B	/ /	/ /	/ /		
VARICELLA (CHICKENPOX)	/ /	/ /			

SCREENING OF TB RISK FACTORS (listing on reverse side)

- Risk factors not present; TB skin test not required.
- Risk factors present; Mantoux TB skin test performed (unless previous positive skin test documented).
- ___ Communicable TB disease not present.

I have have not reviewed the above information with the parent/guardian.

Physician: _____
Address: _____
Telephone: _____

Date of Physical Exam: _____
Date This Form Completed: _____
Signature _____

Physician Physician's Assistant Nurse Practitioner

REPORTE DEL MÉDICO — GUARDERÍAS INFANTILES

(EVALUACIÓN MÉDICA QUE SE REQUIERE ANTES DE QUE SE LE ADMITA A UN NIÑO A UNA GUARDERÍA INFANTIL)

PARTE A – CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE (PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE)

A _____, nacido en _____, se le está evaluando con respecto a su preparación para entrar en la Mike Choate Center. Esta guardería infantil/escuela proporciona un programa de las _____ a.m./p.m. a las _____ a.m./p.m., _____ días a la semana.

Por favor proporcione un reporte sobre el niño mencionado arriba usando el formulario que se encuentra a continuación. Por medio de este documento, autorizo que se comparta la información médica contenida en este reporte con la guardería infantil mencionada arriba.

(FIRMA DEL PADRE/MADRE, TUTOR LEGAL, O REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL NIÑO)

(FECHA DE HOY)

PART B – PHYSICIAN'S REPORT (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN) (PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO)

Problems of which you should be aware: _____

Hearing: _____ Allergies: medicine: _____

Vision: _____ Insect stings: _____

Developmental: _____ Food: _____

Language/Speech: _____ Asthma: _____

Dental: _____

Other (Include behavioral concerns): _____

Comments/Explanations: _____

MEDICATION PRESCRIBED/SPECIAL ROUTINES/RESTRICTIONS FOR THIS CHILD: _____

IMMUNIZATION HISTORY: (Fill out or enclose California Immunization Record, PM-298.)

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	1st	2nd	3rd	4th	5th
POLIO (OPV OR IPV)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
DTP/DTaP/ DT/Td (DIPHTHERIA, TETANUS AND [ACELLULAR] PERTUSSIS OR TETANUS AND DIPHTHERIA ONLY)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
MMR (MEASLES, MUMPS, AND RUBELLA) (REQUIRED FOR CHILD CARE ONLY)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
HIB MENINGITIS (HAEMOPHILUS B)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
HEPATITIS B	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
VARICELLA (CHICKENPOX)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

SCREENING OF TB RISK FACTORS (listing on reverse side)

- Risk factors not present; TB skin test not required.
- Risk factors present; Mantoux TB skin test performed (unless previous positive skin test documented).
____ Communicable TB disease not present.

I have have not reviewed the above information with the parent/guardian.

Physician: _____
Address: _____
Telephone: _____

Date of Physical Exam: _____
Date This Form Completed: _____
Signature _____

Physician Physician's Assistant Nurse Practitioner

Why Get Health Check-Ups?

Health check-ups are important for all children and youth. Health check-ups are a time to:

- Find and address medical, dental, mental, and behavioral health problems
- Get needed shots
- Ask your doctor questions

Health check-ups can also be used for foster care, sports, camp, or school entry, as needed.

Babies and Toddlers Birth Through 3 Years

Regular check-ups can keep your baby happy and healthy. You can find out about your baby's growth, weight, and health, and needed shots are given. At 1 year and 2 years, your baby should be tested for lead. A test for anemia is also given. Your child should see a dentist at least once a year starting by age 1.



School Children 4 Through 12 Years

It is important to make sure your child is healthy and ready for school. State laws require children to be up to date on their shots and get a health check-up.

School children will also get vision and hearing screenings. If your child has not had a lead test before, he/she should have one by age 6 or before. Your child should see a dentist at least once a year.



Vision & Hearing

The local CHDP office can provide assistance to obtain vision and hearing services if medically necessary.

Who is Eligible?

Children and youth up to age 21 who are eligible for Medi-Cal. Children and youth under age 19 with family incomes less than or equal to 200% Federal Income Guidelines are also eligible. Proof of residence and income is not required.

Teens and Young Adults 13 Through 20 Years

Teens need health check-ups too! This is a chance to make sure your teen is growing and developing well. It is also a time for you or your teen to ask the doctor any questions. Extra health check-ups can be given for sports and camp physicals. Your child should see a dentist at least once a year.



Mental Health, Autism and Behavioral Services

Contact the local CHDP office for assistance to access these services.

Dental

Please contact your local CHDP office for assistance to find a Dentist who accepts Denti-Cal. CHDP may also assist with appointment scheduling and transportation if necessary.

What Does CHDP Offer?

The CHDP program helps to prevent or find health problems through regular, no cost, health check-ups. A check-up includes:

- Health and developmental history
- Physical exam
- Needed shots
- Oral health screening and routine referral to a dentist starting by age 1
- Nutrition screening
- Behavioral screening
- Vision screening
- Hearing screening
- Health information
- Lab tests, which may include: anemia, lead, tuberculosis, and other problems, as needed
- Referral to Women, Infants, and Children (WIC) program for children up to age 5

Other Services

If further health services are needed, we will help you find them, including:

- Dentists that accept Denti-Cal for the care of your child's teeth
- Medical specialists, as needed
- Mental and behavioral health services, as needed

Diagnosis and treatment can be paid for as long as your child has Medi-Cal.

Information

For more information about CHDP, transportation options, or for help setting up an appointment, contact your local CHDP office.

You can find your local CHDP office by visiting the California Department of Health Care Services website at: www.dhcs.ca.gov/services/chdp

*Regular health check-ups keep your child healthy.
Health check-ups can also find and treat problems before they become serious.*



Edmund G. Brown, Jr.
Governor, State of California

PUB 183 (English, 9/15)

English

Child Health and Disability Prevention (CHDP) Program

Medical and Dental Health Check-Ups



FREE

For Babies, Children, and Youth
Under age 21 with Full Scope Medi-Cal or
Under Age 19 with Low Family Income.

No Documentation Required

¿Qué Ofrece el CHDP?

El programa CHDP ayuda a prevenir o encontrar problemas de salud a través de chequeos regulares de salud, sin costo alguno. Un chequeo incluye:

- Historia clínica y del desarrollo
- Examen físico
- Vacunas necesarias
- Examen de la salud bucal y consulta habitual con un dentista empezando a la edad de 1 año
- Evaluación de nutrición
- Evaluación de la conducta
- Examen de la vista
- Pruebas de la audición
- Información de la salud
- Pruebas de laboratorio, que pueden incluir: anemia, plomo, tuberculosis, y otros problemas, según sea necesario
- Referencia al programa Especial Suplementario para Mujeres, Bebés, y Niños (WIC) hasta la edad de 5 años

Otros Servicios

Si se necesitan más servicios de la salud, nosotros le ayudaremos encontrar, incluyendo:

- Dentistas que acepten Denti-Cal para el cuidado de la dentadura de su niño
- Especialistas médicos, según sea necesario
- Servicios de salud mental y comportamiento, según sea necesario

El diagnóstico y el tratamiento pueden ser pagados mientras su niño tenga Medi-Cal.

Información

Para obtener más información acerca de CHDP, opciones de transporte o para recibir ayuda para hacer una cita, comuníquese con su oficina local de CHDP.

Información de contacto del condado de Los Angeles:

Los Angeles County
9320 Telstar Ave, Suite 226
El Monte, CA 91731
Teléfono: (800)993-2437
Fax: (626)569-9350

City of Long Beach
2525 Grand Ave.
Long Beach, CA 90815
Teléfono: (562)570-7980
Fax: (562)570-4099

City of Pasadena
1845 North Fair Oaks Ave, Room 2137
Pasadena, CA 91103
Teléfono: (626)744-6015
Fax: (626)396-7324

Para más información, visite el sitio web del Departamento de Servicios para el Cuidado de la Salud de California en:

*Chequeos regulares de salud mantienen a su hijo saludable.
Chequeos de salud también pueden encontrar y tartar problemas antes de que se hagan serios.*



Edmund G. Brown, Jr.
Governador, Estado de California

PUB 183-LA (Spanish, 9/15)

Español

Programa para la Salud y
Prevención de Discapacidades
en los Niños y Adolescentes
(CHDP)

Chequeos Médicos y Dentales



GRATIS

Para Bebés, Niños y Jóvenes
Menores de 21 años de edad con
cobertura completa de Medi-Cal o
Menores de 19 años de edad con Bajos
Ingresos de la Familia.

No se requieren documentos

¿Por qué Hacerse Chequeos de Salud?

Los chequeos de salud son importantes para todos los niños y jóvenes. Los chequeos de salud son un tiempo para:

- Encontrar y tratar problemas médicos, dentales, mentales, y salud de la conducta
- Recibir las vacunas necesarias
- Hacerle preguntas a su doctor

Los chequeos de salud también pueden utilizarse para guarderías, deportes, campamento, o el ingreso a la escuela, según sea necesario.

Bebés y Niños Pequeños De Nacimiento hasta los 3 años

Los chequeos regulares pueden mantener a su bebé feliz y saludable. Usted puede encontrar información sobre el crecimiento de su bebé, peso y salud, y las vacunas necesarias que se le tiene que dar. A la edad de 1 y 2 años, su bebé debe ser analizado para la prueba de plomo. También se hace una prueba para la anemia. Su hijo debe ver a un dentista por lo menos a la edad de 1 año.



Odontología

Por favor, póngase en contacto con su oficina local de CHDP para obtener ayuda a encontrar un dentista que acepte Denti-Cal. CHDP también pueden ayudar con la programación de citas y transporte si es necesario.

Alumnos Escolares De 4 hasta los 12 Años

Es importante asegurarse de que su hijo esté saludable y listo para la escuela. Las leyes estatales exigen que los niños estén al día en sus vacunas y tengan sus chequeos médicos.

Los escolares también tendrán sus exámenes de visión y audición. Si su hijo no ha tenido una prueba de plomo antes, debe tener uno a los 6 años de edad o antes. Su niño debe ver a un dentista por lo menos una vez al año.



Visión y Oído

La oficina local de CHDP puede proporcionar asistencia para obtener servicios de audición y visión, si es médicamente necesario.

¿Quién es Elegible?

Los niños y jóvenes hasta los 21 años de edad que son elegibles para Medi-Cal. Los niños y jóvenes menores de 19 años de edad con ingresos familiares inferiores o iguales a 200% de las Normas de Ingresos Federales también son elegibles. Prueba de residencia e ingresos no es necesario.

Adolescentes y Adultos Jóvenes De 13 a 20 años

¡Los adolescentes también necesitan chequeos de salud! Esta es una oportunidad para asegurarse de que su hijo está creciendo y desarrollando bien. También es un tiempo para que usted o su hijo hagan cualquier pregunta al doctor. Chequeos de salud adicionales se pueden dar para deportes y exámenes físicos de campo. Su hijo debe ver a un dentista por lo menos una vez al año.



Servicios de Salud Mental, Autismo y de la Conducta

Comuníquese con su oficina local de CHDP para asistencia a acceder a estos servicios.



Parents must show their child's Immunization Record as proof of immunizations (shots) before starting pre-kindergarten (child care) and at each age checkpoint after entry:

Age at Entry/checkpoint	Required Doses
2-3 Months	1 Polio 1 DTaP 1 Hep B 1 Hib
4-5 Months	2 Polio 2 DTaP 2 Hep B 2 Hib
6-14 Months	2 Polio 3 DTaP 2 Hep B 2 Hib
15-17 Months	3 Polio 3 DTaP 2 Hep B 1 Hib* (on or after 1st birthday) 1 Varicella 1 MMR (on or after 1st birthday)
18 Months-5 Years	3 Polio 4 DTaP 3 Hep B 1 Hib* (on or after 1st birthday) 1 Varicella 1 MMR (on or after 1st birthday)

* One Hib dose must be given on or after the 1st birthday regardless of previous doses. Required only for children younger than 5 years old.

DTaP = [diphtheria toxoid](#), [tetanus toxoid](#), and acellular [pertussis](#) vaccine
 Hep B = [hepatitis B](#) vaccine
 Varicella = [chickenpox](#) vaccine

Hib = [Haemophilus influenzae, type B](#) vaccine
 MMR = [measles](#), [mumps](#), and [rubella](#) vaccine

Guía Para Padres Sobre Las Vacunas Requeridas Para Pre-Kínder (Guardería)



Los padres deben proporcionar el Comprobante de Inmunización del niño/a como prueba de vacunación antes de empezar el pre-kínder (guardería) y durante cada punto de control de edad después de ingresar.

Edad al ingresar/ punto de control	Dosis requeridas
2-3 meses	1 Polio 1 DTaP 1 Hep B 1 Hib
4-5 meses	2 Polio 2 DTaP 2 Hep B 2 Hib
6-14 meses	2 Polio 3 DTaP 2 Hep B 2 Hib
15-17 meses	3 Polio 3 DTaP 2 Hep B 1 Hib* (al cumplir el 1 ^{er} año de edad o después) 1 Varicela 1 MMR (al cumplir el 1 ^{er} año de edad o después)
18 meses-5 años	3 Polio 4 DTaP 3 Hep B 1 Hib* (al cumplir el 1 ^{er} año de edad o después) 1 Varicela 1 MMR (al cumplir el 1 ^{er} año de edad o después)

*Una dosis contra el Hib se debe aplicar al cumplir el 1^{er} año de edad o después, independientemente de las dosis anteriores.

Se requiere sólo para niños menores de 5 años de edad.

DTaP= vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina acelular

Hep B= vacuna contra la hepatitis B

Hib= vacuna contra haemophilus influenzae tipo B

MMR= vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola.

County of San Diego Public Health Centers Immunization Clinic Schedules

Please call to confirm hours and immunization availability.

CENTRAL REGION			
City Heights (619) 229-5400	Central Region Public Health Center* 5202 University Ave., 92105	Monday & Thursday	8:00am – 4:00pm
Southeast City (619) 595-4452	VIP location 3177 A Oceanview Blvd. 92113	Friday	8:00am – 4:00pm
NORTH CENTRAL REGION			
Kearny Mesa (858) 573-7300	North Central Public Health Center 5055 Ruffin Rd., 92123 (Located at the North Central Regional Center)	Monday, Tuesday, Wednesday, Thursday & Friday	8:00am – 4:00pm
SOUTH REGION			
Chula Vista (619) 409-3110	South Region Public Health Center* 690 Oxford St. Suite H, 91911 (Behind Walmart)	Monday, Tuesday, Wednesday, Thursday & Friday	8:00am – 4:00pm
EAST REGION			
El Cajon (619) 441-6500	East Region Public Health Center 367 N. Magnolia Ave., Ste. 101, 92020	Monday, Tuesday, Wednesday, Thursday & Friday	8:00am – 4:00pm
NORTH COASTAL REGIONS			
Fallbrook (760) 967-4401	Fallbrook Community Resource Center 202 W. College Ave., 92028	The Fallbrook Community Resource Center is temporarily not offering immunizations until further notice. Please call the North Coastal Public Health Center at 760-967-4401 for immunization services.	
Oceanside (760) 967-4401	North Coastal Public Health Center 3609 Ocean Ranch Bl., Ste. 104, 92056	Monday, Tuesday & Friday	8:00am – 4:00pm
Solana Beach (760) 967-4401	Solana Beach Presbyterian Church 120 Stevens Ave., 92075	Solana Beach Presbyterian Church is temporarily not offering immunizations until further notice. Please call the North Coastal Public Health Center at 760-967-4401 for immunization services.	
NORTH INLAND			
Escondido (760) 740-3000	North Inland Public Health Center 649 W. Mission Ave., Suite 2, 92025	Monday, Tuesday, Wednesday, Thursday & Friday	8:00am – 4:00pm
Rancho Peñasquitos (760) 740-3000	New Hope Church 10330 Carmel Mountain Rd., 92129	New Hope Church is temporarily not offering immunizations until further notice. Please call the North Inland Public Health Center at 760-740-3000 for immunization services.	
Ramona (760) 740-3000	Ramona Community Resource Center 1521 Main St., 92065	The Ramona Community Resource Center is temporarily not offering immunizations until further notice. Please call the North Inland Public Health Center at 760-740-3000 for immunization services.	

*Online appointments available at some locations. Visit: <https://onlineappts.hhsa-sdcounty.org/>.

For information regarding TB skin testing, please call (619)692-5565
 For immunization information, please visit our website at www.sandiegocounty.gov/iz.
 To find a healthcare provider and other community resources please call 2-1-1 San Diego.



Agencia de Salud y Servicios Humanos Horario de Clínicas de Vacunación

**Favor de llamar para confirmar el horario
y la disponibilidad de vacunas.**

CIUDAD DE SAN DIEGO

City Heights (619) 229-5400	Centro de Salud Pública – Región Central* 5202 University Ave., 92105	lunes y jueves	8:00am – 4:00pm
Sureste (619) 595- 4452	Tráiler VIP 3177 A Oceanview Blvd.	viernes	8:00am – 4:00pm

NORTE DE LA CIUDAD DE SAN DIEGO

Kearny Mesa (858) 573-7300	Centro de Salud Pública – Centro Norte 5055 Ruffin Rd., 92123 (Ubicado en el Centro Regional del Centro)	lunes, martes, miércoles, jueves y viernes	8:00am – 4:00pm
-------------------------------	--	--	-----------------

SUR DEL CONDADO

Chula Vista (619) 409-3110	Centro de Salud Pública – Sur* 690 Oxford St., 91911 (Atrás de Walmart)	lunes, martes, miércoles, jueves y viernes	8:00am – 4:00pm
-------------------------------	---	--	-----------------

ESTE DEL CONDADO

El Cajon (619) 441-6500	Centro de Salud Pública – Este 367 N. Magnolia Ave., Ste. 101, 92020	lunes, martes, miércoles, jueves y viernes	8:00 am-11:00 am y 1:00 pm-4:00 pm 1:00 pm-4:00 pm
----------------------------	---	--	--

COSTA NORTE DEL CONDADO

Fallbrook (760) 967-4401	Centro de Recursos Comunitarios de Fallbrook 202 W. College Ave., 92028	El Centro de Recursos Comunitarios de Fallbrook temporalmente no ofrece vacunas, hasta nuevo aviso. Llame al Centro de Salud Pública de la Costa Norte al 760-967-4401 para obtener servicios de inmunización.	
Oceanside (760) 967-4401	Centro de Salud Pública – Costa Norte 3609 Ocean Ranch Blvd., Ste. 104, 92056	lunes, martes y viernes	8:00am – 4:00pm
Solana Beach (760) 967-4401	Iglesia Presbiteriana de Solana Beach 120 Stevens Ave., 92075	La Iglesia Presbiteriana de Solana Beach temporalmente no ofrece vacunas, hasta nuevo aviso. Favor de llamar al Centro de Salud Pública de la Costa Norte al 760-967-4401 para obtener servicios de inmunización.	

NORTE INTERIOR DEL CONDADO

Escondido (760) 740-3000	Centro de Salud Pública –Norte Interior 649 W. Mission Ave., Suite 2, 92025	lunes, martes, miércoles, jueves y viernes	8:00am – 4:00pm
Ramona (760) 740-3000	Centro de Recursos Comunitarios de Ramona en 1521 Main St., 92065	El Centro de Recursos Comunitarios de Ramona temporalmente no ofrece vacunas, hasta nuevo aviso. Favor de llamar al Centro de Salud Pública de la zona Norte Interior al 760-740-3000 para obtener servicios de vacunación.	
Rancho Peñasquitos (760) 740-3000	Iglesia de New Hope 10330 Carmel Mountain Rd., 92129	La Iglesia de New Hope temporalmente no ofrece vacunas, hasta nuevo aviso. Favor de llamar al Centro de Salud Pública de la zona Norte Interior al 760-740-3000 para obtener servicios de vacunación.	

*Citas están disponibles en línea para algunas ubicaciones. Visite: <https://onlineappts.hhsa-sdcounty.org/>.

Para obtener información acerca de la prueba de tuberculosis, favor de llamar al (619) 692-5565
Para más información sobre las inmunizaciones, visite www.sandiegocounty.gov/iz.
 Para encontrar un proveedor de atención médica y otros recursos comunitarios, llame al 2-1-1 San Diego.
 (2/24/23)