



**Solicitud de Ingreso**  
**Agosto 2020- 2021**

Fecha de admisión: \_\_\_\_\_

Nombre completo del niño o la niña: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (día/mes/año): \_\_\_\_\_ F: \_\_\_\_ M: \_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

**Estamos solicitando la admisión al siguiente programa:**

\_\_\_\_ Andarines (18 meses a 3 años)

\_\_\_\_ Casa de Niños (3 años a 5 años)

**En el horario:**

\_\_\_\_ Horario Regular (7:30 am – 3:00 pm)

\_\_\_\_ Horario Extendido (7:30 am – 4:00 pm)

Nombre de la MADRE: \_\_\_\_\_

Nombre del PADRE: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_  
                  Celular                    Trabajo                    Residencial

Teléfonos: \_\_\_\_\_  
                  Celular                    Trabajo                    Residencial

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_

Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la del estudiante): \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la del estudiante): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Personas autorizadas a recoger al niño y contacto de teléfonos de emergencia:**

\_\_\_\_\_  
Nombre / Parentesco / Teléfono

\_\_\_\_\_  
Nombre / Parentesco / Teléfono

\_\_\_\_\_  
Nombre / Parentesco / Teléfono

\_\_\_\_\_  
Nombre / Parentesco / Teléfono

### Historial Familiar

¿Con quién vive el/la niño/a? \_\_\_\_ambos \_\_\_\_madre \_\_\_\_padre \_\_\_\_otro

En caso de otro, indique con quien: \_\_\_\_\_

¿Tiene hermanos y/o hermanas? \_\_\_\_Sí \_\_\_\_No

De contestar Sí, favor de escribir sus nombres y sus edades: \_\_\_\_\_

¿Hay otros adultos en la casa? \_\_\_\_Sí \_\_\_\_No

De contestar Sí, favor de escribir sus nombres y parentesco: \_\_\_\_\_

Enfermedades Hereditarias: \_\_\_\_\_

### Historial de Nacimiento y Desarrollo

¿Hubo complicaciones durante el embarazo? \_\_\_\_Sí \_\_\_\_No Tiempo de gestación: \_\_\_\_semanas

¿Requirió oxígeno? \_\_\_\_Sí \_\_\_\_No

Parto: \_\_\_\_Natural \_\_\_\_Cesárea

¿Fue lactado/a? \_\_\_\_Sí \_\_\_\_No

¿Cuándo comenzó a gatear? \_\_\_\_\_

¿Cuándo comenzó a caminar? \_\_\_\_\_

¿Cuándo comenzó a hablar? \_\_\_\_\_

¿Se viste por sí mismo/a? \_\_\_\_Sí \_\_\_\_No \_\_\_\_En proceso

¿Va al baño por sí mismo/a? \_\_\_\_Sí \_\_\_\_No \_\_\_\_En proceso

¿Socializa con facilidad? \_\_\_\_Sí \_\_\_\_No \_\_\_\_No sé

Hábitos de Alimentación: \_\_\_\_Normal \_\_\_\_Mucho \_\_\_\_Poco

Dificultades en el proceso de ingerir alimentos: \_\_\_\_\_

Hábitos de Eliminación: \_\_\_\_veces al día

Hábitos de sueño y descanso: \_\_\_\_\_ Horas al día \_\_\_\_\_ Horas en la noche

Lenguaje expresivo: \_\_\_\_Balbucea \_\_\_\_Palabras \_\_\_\_Frases \_\_\_\_Oraciones Completas \_\_\_\_Conversaciones

Conducta Emocional: \_\_\_\_Independiente \_\_\_\_Tímido \_\_\_\_Rabietas \_\_\_\_Aislado \_\_\_\_Comunicativo

¿Cuáles son las fortalezas, intereses y talentos del niño?

\_\_\_\_\_

¿Cómo su familia pasa tiempo junta?

\_\_\_\_\_

¿Cómo usted disciplina a su niño?

\_\_\_\_\_

¿Ha identificado alguna necesidad en el desarrollo de su niño? ¿Cuál?

\_\_\_\_\_

Por favor, comparta cualquier información adicional que usted quisiera dejarnos saber sobre su niño.

\_\_\_\_\_

## Historial de Salud

Padecimientos, condiciones y/o enfermedades serias:

\_\_\_ Catarros frecuentes

\_\_\_ Fatiga

\_\_\_ Asma

\_\_\_ Dolor de garganta

\_\_\_ Vómitos

\_\_\_ Cólicos

\_\_\_ Dolor de oídos frecuentes

\_\_\_ Diabetes

\_\_\_ Metabolismo

\_\_\_ Alergias: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Infección de: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

¿Tiene las vacunas al día? \_\_\_ Sí \_\_\_ No (incluir copia de hoja de vacunas)

¿Tiene algún medicamento de uso diario recomendado por el medico? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

¿Tiene terapias recomendadas por el médico? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

¿Se le han hecho pruebas psicológicas? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

**(De ser afirmativo, se recomienda traer copias de los resultados y discutirla con las maestras)**

¿Tiene dificultad al ver y/o pierde control muscular de los ojos? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

¿Usa espejuelos? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

¿Tiene dificultad para escuchar? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

¿Ha padecido de convulsiones? \_\_\_ Sí \_\_\_ No Explique: \_\_\_\_\_

¿Se desmaya con facilidad o frecuencia? \_\_\_ Sí \_\_\_ No /Razones que lo provocan: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido hospitalizaciones? Frecuencia: \_\_\_\_\_

Nombre del Pediatra: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

Hospital de su preferencia: \_\_\_\_\_

Seguro Médico: \_\_\_\_\_ Número de Póliza: \_\_\_\_\_

### Autorizaciones

1. Se autoriza por este medio al personal de Campo Montessori, Inc., en caso de ser necesario, a prestarle los primeros auxilios a nuestro (mi) hijo/a y conducirlo a la sala de emergencias más cercana para recibir tratamiento médico. Los gastos relacionados a dicho tratamiento médico serán nuestra (mi) responsabilidad y no de Campo Montessori, Inc. o su personal.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma de la madre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del padre: \_\_\_\_\_

2. Autorizo a Campo Montessori, Inc. o a su representante autorizado a ofrecer a mi hijo/a servicios alimenticios certificados por una nutricionista. A la vez, confirmo que he sido debidamente orientada por una guía de nutrición balanceada.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma de la madre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del padre: \_\_\_\_\_

3.  Autorizo  No autorizo, a Campo Montessori, Inc. a usar fotos/videos de mi hijo/a en las publicaciones que ilustren las actividades de la escuela con propósitos educativos o promoción del centro. También para participar en estudios o investigaciones con fines educativos.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma de la madre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del padre: \_\_\_\_\_

4. Indique si usted o algún familiar tiene algún talento o habilidad que pueda servir de recurso para el fortalecimiento de nuestra escuela:

madre/padre  voluntari@  decoración  construcción liviana  artista  profesional de salud  otro

**La admisión del niño será efectiva una vez sean entregados los siguientes documentos.**

1. Solicitud
2. 4 fotos 2 x 2
3. Manual y Contrato
4. Copia del Certificado de Inmunización. Se exceptúa de dicho requisito a aquellos que por condición médica o creencias religiosas no son inmunizados. Se requerirá la certificación que aplique de acuerdo a la Ley 25, mejor conocida como la Ley de Inmunización a niños preescolares y estudiantes.
5. Evidencia de examen físico realizado por un médico. Por el Protocolo Covid 19 debe tener vigencia dentro de 2 días antes de la admisión.
6. Evidencia de evaluación dental que contenga el nombre y la dirección del dentista.
7. Copia de tarjeta del plan médico.
8. Firma / discusión Protocolo de Salud y Seguridad: \_\_\_\_\_
9. Firma / discusión Reglamento Hora de Salida: \_\_\_\_\_
10. Firma / completó entrevista inicial con la maestra: \_\_\_\_\_