

Formulario de Autorización y Confidencialidad de Northeast SD Head Start

Nombre del padre/guardián/voluntario: _____
 (Letra de imprenta, por favor)

Nombre del niño: _____ Sitio: _____

Por favor revise cada uno de los siguientes artículos:

	Sí	No	Al marcar que “sí”, se está dando autorización. Al marcar que “no”, no se está dando autorización. Es opcional dar autorización. Usted tiene el derecho de hacer cambios a este formulario de consentimiento en cualquier momento. Hay que indicar los cambios por escrito.
1.			Yo doy autorización a NESD HS para que lleve a cabo una evaluación de la salud de mi hijo que está inscrito en Head Start. Yo entiendo que esta evaluación incluye evaluar su estatura, peso, visión, y oído.
2.			Yo doy autorización al personal de NESD HS para que se comunique con el personal de emergencias apropiado en el caso de alguna emergencia médica o dental.
3.			Yo doy autorización para que mi hijo reciba tratamiento de primeros auxilios para heridas leves mientras esté asistiendo a NESD HS.
4.			Yo doy autorización para que mi hijo participe en las evaluaciones del desarrollo mental que incluirán a habilidades motrices, conceptos, lenguaje, y auto ayuda, y observaciones socio-emocionales y conductuales.
5.			Yo doy autorización para que se revele el nombre, la fecha de nacimiento, los nombres de los padres, la dirección, el número de teléfono, y los registros educativos de mi hijo a las escuelas públicas y particulares para los propósitos de la transición.
6.			Yo doy autorización para que mi hijo vaya en excursiones como parte del programa del desarrollo de los niños del programa Head Start.
7a.			Autorizo al personal de NESD hs a fotografiar/video a mi hijo/familia para que sea utilizado para: entrenamiento del programa y documentación de desarrollo.
7b.			artículos del periódico, y fines promocionales para poder informar al público de las actividades de Head Start. (También se puede publicar el nombre del niño y la familia.
7c.			Cuadro de grupo de aula o fotos de grupos pequeños que incluyen a otros niños que pueden ser compartidos con sus familias durante todo el año.
8.	Autorizo a mi hijo a participar en la Unidad de Protección Infantil. VER RETROCESO		
9.			Autorizo a Head Start a usar MENSAJES DE TEXTO como una forma de comunicación.
10.			Autorizo a Head Start a aplicar protector solar y repelente contra insectos a mi hijo, según sea necesario para un juego al aire libre seguro.
11.	Autorizo que mi hijo sea agregado al sistema del Campus Infinito del Departamento de Educación.		

ACUERDO DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, _____, entiendo la necesidad de mantener una confidencialidad absoluta al llevar a cabo mi papel como padre/guardián del programa Northeast South Dakota Head Start. Por la presente, yo juro que mantendré y aceptaré la responsabilidad de mantener la confidencialidad absoluta. Yo no conversaré con nadie sobre la información vista u oída durante la asistencia a Head Start. Yo entiendo que cometer infidencia resultará en informar de tal infidencia al director ejecutivo y puede resultar en tomar medidas correctivas, y hasta podría resultar en descalificarme de poder servir como voluntario. (Véase: Política de confidencialidad y Registros de la agencia que se encuentran en el Libro de Información para las Familias)

 Firma del padre/guardián/voluntario Fecha

 Firma del personal Fecha

 Firma del padre/guardián/voluntario Fecha

Estimada familia:

Como saben, estamos usando el programa *Second Step* en el entorno de aprendizaje de su niño o niña. El programa *Second Step* enseña a los niños habilidades importantes para llevarse bien con los demás y tener éxito en la escuela. También ayuda a que nuestra escuela sea un lugar seguro, en el que se sientan apoyados y donde todos puedan aprender.

Para ayudar más a que nuestra escuela sea un lugar más seguro y en el que todos encuentren apoyo, también vamos a usar la unidad Protección Infantil del programa *Second Step*. En estas lecciones, los niños aprenderán tres tipos de habilidades:

- **Seguridad personal.** Los niños aprenderán importantes reglas de seguridad, como seguridad con las armas, las herramientas afiladas y el fuego, y cuando andan en ruedas o viajan en carro. También aprenderán maneras de distinguir si algo es seguro o no.
- **Seguridad sobre toques.** Los niños aprenderán sobre toques seguros, no seguros y no deseados, así como sobre reglas relacionadas con tocar partes privadas del cuerpo. También aprenderán a decir no a toques no seguros o no deseados y a decirle a un adulto si alguien rompe la Regla sobre Toques en las partes privadas del cuerpo.
- **Firmeza.** Estas lecciones también les proporcionarán a los niños la oportunidad de practicar cómo pedir ayuda a un adulto, cómo hablarle a un adulto sobre una situación no segura y cómo ser firmes para salir de situaciones no seguras.

Su niño o niña llevará a la casa actividades sencillas y divertidas llamadas Enlaces con el Hogar, que los ayudarán a comprender qué está aprendiendo su niño o niña sobre seguridad en la escuela. También le proporcionarán otra oportunidad para practicar habilidades de seguridad.

Para mantener a los niños seguros y protegidos, es necesario que todo el personal de la escuela se involucre. Así pues, todo nuestro personal recibirá una capacitación especial sobre cómo:

- reconocer y reportar cualquier sospecha de abuso sexual infantil.
- responder y apoyar a los niños que han sufrido abuso o que se enfrentan a otros retos.
- usar estrategias que fomenten un clima seguro y de apoyo para el aprendizaje.

Si tienen alguna pregunta acerca de la unidad Protección Infantil o del programa *Second Step*, por favor, pónganse en contacto conmigo. Si ustedes **no** quieren que su niño o niña participe en estas lecciones, por favor completen, firmen y envíen de regreso a la escuela la parte inferior de esta carta. Para obtener más información sobre la política de protección infantil de nuestra escuela y sus procedimientos, también pueden hablar conmigo o con el director(a) de la escuela.

Entre a **SecondStep.org** con la clave de activación CPUE FAMI LYGE para obtener información acerca de lo que su niño o niña está aprendiendo en el programa *Second Step*. Gracias por ayudarnos a hacer de nuestra escuela un lugar seguro en el que todos se sienten apoyados y donde todos pueden aprender.

Atentamente,

No quiero que mi hijo(a), _____, participe en las lecciones de la unidad Protección Infantil del programa *Second Step*.

Firma del Padre/Madre/Cuidador

Fecha

¡Entre hoy mismo!

clave de activación de
SecondStep.org
CPUE FAMI LYGE