

**Universidad de Puerto Rico  
Recinto Universitario de Mayagüez**

OFICINA DEL RECTOR

---

**Centro de Desarrollo Pre-escolar**

\_\_\_\_\_ fecha

**Autorización para Salidas**

---

Por la presente autorizo a mi hijo(a) \_\_\_\_\_ a participar de las actividades que se realicen fuera de los predios del Centro de Desarrollo Pre-escolar del Recinto Universitario de Mayagüez de la Universidad de Puerto Rico, ya sean estas caminando o utilizando vehículos autorizados para este propósito.

Entiendo que estas actividades estarán cuidadosamente planificadas y supervisadas para proveer la seguridad necesaria y bienestar a los niños.

**Autorizado por:**

\_\_\_\_\_ Madre/Padre/Encargado

**Universidad de Puerto Rico  
Recinto Universitario de Mayagüez**

OFICINA DEL RECTOR

---

**Centro de Desarrollo Pre-escolar**

**Autorización para Prestar Servicios Médicos de Emergencia  
A los Niños del Centro de Desarrollo Pre-escolar**

---

Por la presente autorizo a la Directora del Centro de Desarrollo Pre-escolar o su representante autorizado, para que en caso de accidente o de alguna emergencia médica de mi hijo/a mientras esté bajo la tutela del Centro, someta a \_\_\_\_\_ a los servicios médicos de emergencia que fueren pertinentes y si se creyere necesario sea transportado a la Unidad de Salud, al Centro Médico y Hospital más cercano. La Directora o una de las maestras, viene obligada a comunicarme, a la brevedad posible, lo ocurrido y la acción tomada.

\_\_\_\_\_  
(Firma del padre o encargado)

Testigo:

\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**Universidad de Puerto Rico  
Recinto Universitario de Mayagüez**

**OFICINA DEL RECTOR**

---

**Centro de Desarrollo Pre-escolar**

---

**Historial del Niño**

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Asistió a alguna escuela anteriormente? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Cual? \_\_\_\_\_

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre del Madre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

¿Con quién reside el niño?

\_\_\_\_\_ Ambos padres

\_\_\_\_\_ Madre

\_\_\_\_\_ Padre

\_\_\_\_\_ Otros - Relación: \_\_\_\_\_

¿Cuántos miembros componen la familia?

Adultos: F \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ / M \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Niños: F \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ / M \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

---

**Historial Clínico**

- ¿Sufrió la madre alguna complicación durante el embarazo? Ej. Aumento excesivo de peso, pérdida de sangre, presión alta, sarampión, papera, varicela, otros.

\_\_\_\_\_

El parto fue: natural \_\_\_\_\_ cesárea \_\_\_\_\_ usaron "forceps" \_\_\_\_\_

- ¿Sufrió el niño/a alguna complicación durante el nacimiento? Ej. Parto prematuro, necesitó oxígeno, convulsiones, permaneció en el hospital más tiempo que la madre, etc.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- ¿Ha padecido el niño/a de alguna enfermedad durante la niñez? Ej. Sarampión, varicela, fiebre reumática, polio, problemas respiratorios, asma, arritmia cardiaca, problemas cardíacos, convulsiones, vómitos frecuentes, problemas ortopédicos, caídas frecuentes, mareos, dolor de cabeza frecuente, etc.

---

---

- ¿Padece de algún tipo de alergia? ¿Cual?

---

---

- ¿Su niño padece de algún impedimento físico emocional o mental que le limite ser funcional en el Centro Pre Escolar RUM?

---

---

## Desarrollo del niño/a

- Hábitos de alimentación

Es variada la alimentación del niño \_\_\_\_\_

Rechaza algunos alimentos ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

Es alérgico a algún alimento ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Tiene problemas con el apetito \_\_\_\_\_

- Hábitos de eliminación

Puede ir solo al baño o necesita algún tipo de ayuda

---

---

- Hábitos de sueño

Tiene dificultad en irse a dormir

---

---

Duerme toda la noche. Hora de acostarse y levantarse

Para descansar usa: bobo \_\_\_\_\_dedo \_\_\_\_\_ paño \_\_\_\_\_ otro \_\_\_\_\_

- Centro o cuidado anterior: \_\_\_\_\_

- Hábitos de ayuda propia

Necesita algún tipo de ayuda para vestirse y desvestirse. ¿Cuál?

---

• Juegos y Diversiones

Juguete preferido \_\_\_\_\_

Juego preferido \_\_\_\_\_

Intereses particulares del niño \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Conducta Emocional

¿Es su niño: tranquilo, agresivo, excitado, independiente, rabioso, miedoso, demanda mucha atención, etc.? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha habido alguna experiencia que haya afectado o pueda afectar el desarrollo emocional del niño? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

• Lenguaje

¿Edad a la cual comenzó a hablar? \_\_\_\_\_

Pronuncia correctamente. Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Su vocabulario es amplio, escaso, o lento \_\_\_\_\_

Las 3 razones principales que tuvo para solicitar ingreso en la escuela fueron:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

Observaciones:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma de la persona que contestó: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que contestó: \_\_\_\_\_

Parentesco con el niño: \_\_\_\_\_

**Universidad de Puerto Rico  
Recinto Universitario de Mayagüez**

OFICINA DEL RECTOR

---

**Centro de Desarrollo Pre-escolar**

**Compromiso de Participación en el Programa**

---

Por la presente declaro:

1. Que he leído y que entiendo el Manual de Funcionamiento del Centro de Desarrollo Pre escolar de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Mayagüez.
2. Que acepto acatar las mismas de la manera en que están redactadas y que además, acepto regirme por sus normas y procedimientos.
3. Que entiendo que el incumplimiento con estas normas y procedimientos implica que se tomarán las acciones pertinentes según sea el caso.
4. Que he sido orientado con ejemplos claros y específicos y que se me ha brindado la oportunidad de aclarar cualquier duda que pudiera tener en relación con el Manual de Funcionamiento del Centro de Desarrollo Pre-escolar.
5. Que me comprometo a participar de todas las actividades educativas, sirviendo como recurso de enriquecimiento e influyendo positivamente en el desarrollo de mi hijo/a.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o encargado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del niño/a

\_\_\_\_\_  
Nombre del maestro/director

**Universidad de Puerto Rico**  
**Recinto Universitario de Mayagüez**  
OFICINA DEL RECTOR

---

**Centro de Desarrollo Pre-escolar**

---

**Firmas Verificables**

---

Las personas cuyo nombre aparece en este documento están autorizadas a acompañar al niño(a) salir del Centro de Desarrollo Pre Escolar en casos de emergencia.

Nombre del niño (a) : \_\_\_\_\_

**Nombre en letra de molde**

**Firma**

1. \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

---

Autorizado por

---

Relación con el niño(a)

Nota:

- El nombre de la persona que autoriza debe aparecer en la línea de personas autorizadas.
- Además debe incluir una foto 2 x 2 de todas las persona incluidas en la lista.

**Fotos**

---