

Formato de Inscripción

Recomendamos el programa de Bright by Three para el desarrollo temprano de habilidades para niños menores de 3 años.

Nombre del Padre/Madre/Cuidadora del niño(a): _____ No. Celular: _____

Correo electrónico: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ ZIP: _____ Condado: _____

Fecha de nacimiento: _____

Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Relación con el niño(a): <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Otro Familiar <input type="checkbox"/> Amigo/Vecino <input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Otro - Recibo dinero por cuidado del niño(a) <input type="checkbox"/> Otro - No recibo dinero por cuidado del niño(a)	Idiomas hablados en casa (Seleccione todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	Estado civil de los padres: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viven juntos <input type="checkbox"/> En un relación (No viven juntos)	Educación: <input type="checkbox"/> No HS <input type="checkbox"/> Algo HS <input type="checkbox"/> HS <input type="checkbox"/> Diploma/GED <input type="checkbox"/> Algo de Universidad <input type="checkbox"/> Diploma Universitario	Raza: <input type="checkbox"/> Nativa Americana/Nativa India <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Morena/Afro-Americana <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii/Isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Dos o más razas <input type="checkbox"/> Otro _____	Hispano(a)/Latino(a): <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
---	---	---	--	--	---	--

1.) Nombre del niño(a) _____

Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento/ Fecha del parto esperada: Edad del niño(a) (en meses): _____	Raza del niño(a): <input type="checkbox"/> Nativa Americana/Nativa India <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Morena/Afro-Americana <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii/Isleños del Pacífico <input type="checkbox"/> Dos o más razas <input type="checkbox"/> Otro _____	Hispano(a)/Latino(a): <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Seguro médico del niño(a): <input type="checkbox"/> Privado (e.g. por trabajo) <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHP+ <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> No sabe	Yo recibo/espero recibir ayuda acerca del cuidado de los niños(as) por 4 o más horas por semana de (Seleccione todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amigos/Vecinos <input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Niñera <input type="checkbox"/> Otro(a) cuidador(a) no pagado(a) <input type="checkbox"/> Ninguno
---	---	---	--	--	--

2.) Otro(a) niño(a)s que tiene menos de 3 años

No.	Nombre del niño(a)	Apellido	Marque con uno 'X', según aplique:		Raza	Hispano(a)/Latino(a): Sí o No	Fecha de nacimiento/ Fecha del parto esperada:	Edad del niño(a) (en meses):
			Es mi propio (a) niño(a)	Soy cuidador(a) del niño(a)/ Soy niñera				
1								
2								
3								
4								

Gracias por tomarse el tiempo de aprender sobre Bright by Three. Nuestra información y sus recursos son extremadamente importantes para su familia durante estos críticos 0 a 3 años de desarrollo. Como usted completó este formulario, Bright by Three lo contactará via email, telefónica o mensaje de texto para mantenernos en contacto y que usted esté actualizado con nuestros programas, futuras visitas, información sobre el desarrollo infantil y para que exista una retroalimentación en cuanto a Bright by Three y nuestros programas.

PARA SER LLENADA POR EL VISITANTE/AGENCIA

Visitante: _____ No. Celular: _____ Agencia (No. telefono # preferido): _____ Fecha de Inscripción: _____ Ubicación de la visita: _____ Recibió una visita a visit? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es "NO", la Cuidadora del niño(a) prefiere: <input type="checkbox"/> Visita en grupo <input type="checkbox"/> Visita en casa Si la respuesta es "SI", por favor llene lo siguiente: Material recibido?: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Parte: <input type="checkbox"/> AE <input type="checkbox"/> BE <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> BS <input type="checkbox"/> CS Duración de la visita: <input type="checkbox"/> <15 mins <input type="checkbox"/> 15-45 mins <input type="checkbox"/> 45+ mins Número de adultos presentes en la visita: _____ Tipo de visita: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Oficina/Individual <input type="checkbox"/> Grupo	Notas: Fax: 303-302-1691 • 730 Colorado Blvd Ste 202, Denver CO 80206 • Email: forms@bb3.org • Phone: 303-433-6200 • BrightbyThree.org
--	---