



Pleasant Valley Neighborhood for Learning  
 1099 Bedford Drive  
 Camarillo, CA 93010  
 (805) 484-5842

**Forma de Inscripción** (complete toda la forma)

Fecha de entrada al programa \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ¿Cómo escucho sobre nosotros? \_\_\_\_\_

**Información sobre La Familia**  marque aquí si gusta recibir mas información sobre nuestros servicios por correo

Apellido de la familia: \_\_\_\_\_ Numero telefónico: \_\_\_\_\_ Alternativo: \_\_\_\_\_

Dirección (Numero y calle): \_\_\_\_\_ No. De Apartamento: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ No. De familiares en su casa (incluyéndose a si mismo) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5 6 7+ \_\_\_\_\_

¿Hay una madre que está esperando en su familia?  Sí  No

¿Cuántos niños hay en su casa entre las edades de 0-5 (hasta los 6 años)? 1 2 3 4 5

**Ingresos de la Familia:**

Menos de \$10,000  \$30,000 – menos de \$40,000  Más de \$75,000  
 \$10,000 – menos de \$20,000  \$40,000 – menos de \$50,000  Prefiero no decir  
 \$20,000 – menos de \$30,000  \$50,000 – menos de \$75,000

**Adulto #1**

Primer Nombre del Adulto: \_\_\_\_\_ Apellido del Adulto: \_\_\_\_\_ Inicial de segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Genero del participante:  Femenino  Masculino

¿Tiene usted su diploma de la preparatoria o un GED?  Sí  No  Prefiero no decir \_\_\_\_\_

<p><b>¿Cuál es su estado de empleo?</b></p> <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Empleado media jornada <input type="checkbox"/> Empleado de jornada completa <input type="checkbox"/> Trabajo temporal <input type="checkbox"/> Empleo temporario	<p><b>¿Cual es su estado civil?</b></p> <input type="checkbox"/> Casado ahora <input type="checkbox"/> Pareja domestica <input type="checkbox"/> Nunca casado/a <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo/a	<p><b>Tipo de Familiar:</b></p> <input type="checkbox"/> Padre biológico <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Padre de crianza <input type="checkbox"/> Pareja domestica <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otro familiar de edad 18+
---	---	--

**Etnicidad del adulto:** (marque a todos los que aplican)

Alaska Nativo o Americano Nativo  
 Asiático:  Indio Asiático  Chino  Filipino  Japonés  Coreano  Vietnamita  Otro Asiano  
 Negro/Africano-Americano  
 Hispano/Latino:  Mexicano, Mexicano-Americano, Chicano  Puerto Riqueño  Cubano  Centro Americano  
 Otro Hispano/Latino  
 Blanco  
 Isleño Pacifico:  Hawaiano Nativo  Guamaniano o Chamorro  Samoén  Otro Isleño Pacifico  
 Desconocido  
 Otro

**Idioma de la familia:**

Ingles principalmente  
 Ingles tanto como otro idioma (indique abajo cual idioma):  
 Principalmente otro idioma (indique abajo cual idioma):  
 Desconocido  
 Catonese  Coreano  Español  Tagalo  Vietnamés  Mandarín  Mixteco  Otro/desconocido  No Aplica

**Adulto #2**

Primer Nombre del Adulto: \_\_\_\_\_ Apellido del Adulto: \_\_\_\_\_ Inicial de segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Genero del participante:  Femenino  Masculino

¿Tiene usted su diploma de la preparatoria o un GED?  Sí  No  Prefiero no decir \_\_\_\_\_

<p><b>¿Cuál es su estado de empleo?</b></p> <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Empleado media jornada <input type="checkbox"/> Empleado de jornada completa <input type="checkbox"/> Trabajo temporal <input type="checkbox"/> Empleo temporario	<p><b>¿Cual es su estado civil?</b></p> <input type="checkbox"/> Casado ahora <input type="checkbox"/> Pareja domestica <input type="checkbox"/> Nunca casado/a <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo/a	<p><b>Tipo de Familiar:</b></p> <input type="checkbox"/> Padre biológico <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Padre de crianza <input type="checkbox"/> Pareja domestica <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otro familiar de edad 18+
---	---	--

**Etnicidad del adulto:** (marque a todos los que aplican)

Alaska Nativo o Americano Nativo  
 Asiático:  Indio Asiático  Chino  Filipino  Japonés  Coreano  Vietnamita  Otro Asiano

Negro/Africano-Americano  
 Hispano/Latino:  Mexicano, Mexicano-Americano, Chicano  Puerto Riqueño  Cubano  Centro Americano  
 Otro Hispano/Latino  
 Blanco  
 Isleño Pacifico:  Hawaiano Nativo  Guamaniano o Chamorro  Samoén  Otro Isleño Pacifico  
 Desconocido  
 Otro

**Adulto #3** (otro miembro que puede traer al niño/a para sesiones )

Primer Nombre del Adulto: \_\_\_\_\_ Apellido del Adulto: \_\_\_\_\_ Inicial de su segundo Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Genero del participante: \_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_ Masculino  
 ¿Tiene usted su diploma de la preparatoria o un GED? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ Prefiero no decir \_\_\_\_

<b>¿Cuál es su estado de empleo?</b> <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Empleado media jornada <input type="checkbox"/> Empleado de jornada completa <input type="checkbox"/> Trabajo temporal <input type="checkbox"/> Empleo temporario	<b>¿Cual es su estado civil?</b> <input type="checkbox"/> Casado ahora <input type="checkbox"/> Pareja domestica <input type="checkbox"/> Nunca casado/a <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo/a	<b>Tipo de Familiar:</b> <input type="checkbox"/> Padre biológico <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Padre de crianza <input type="checkbox"/> Pareja domestica <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otro familiar de edad 18+
---	---	--

**Etnicidad del adulto:** (marque a todos los que aplican)  
 Alaska Nativo o Americano Nativo  
 Asiático:  Indio Asiático  Chino  Filipino  Japonés  Coreano  Vietnamita  Otro Asiano  
 Negro/Africano-Americano  
 Hispano/Latino:  Mexicano, Mexicano-Americano, Chicano  Puerto Riqueño  Cubano  Centro Americano  
 Otro Hispano/Latino  
 Blanco  
 Isleño Pacifico:  Hawaiano Nativo  Guamaniano o Chamorro  Samoén  Otro Isleño Pacifico  
 Desconocido  
 Otro

**NIÑO #1**

Primer Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Apellido del niño/a: \_\_\_\_\_ Inicial de segundo nombre \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Genero del participante:** \_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_ Masculino

**Etnicidad del Niño:** (marque a todo los que aplican)  
 Alaska Nativo o Americano Nativo  
 Asiático:  Indio Asiático  Chino  Filipino  Japonés  Coreano  Vietnamita  Otro Asiano  
 Negro/Africano-Americano  
 Hispano/Latino:  Mexicano, Mexicano-Americano, Chicano  Puerto Riqueño  Cubano  Centro Americano  
 Otro Hispano/Latino  
 Blanco  
 Isleño Pacifico:  Hawaiano Nativo  Guamaniano o Chamorro  Samoén  Otro Isleño Pacifico  
 Desconocido  
 Otro

**Información del Niño/a:**  
 1 ¿Cuantos padres/tutores viven en casa con este niño? 1 o 2  
 2. ¿Tiene su hijo/hija algún tipo de seguro por medio de un HMO, Medi-Cal, Healthy Families? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
 3. ¿Algún doctor o algún Professional de salud le ha dicho que su hijo/a tiene un desarrollo atrasado? Un desarrollo retrasado quiere decir que el niño/a va desarrollándose algo lento/a físicamente a comparación de los niños de su misma edad. Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
 4. ¿Algún doctor o algún Professional de salud le ha dicho que su hijo/a tiene alguna de las siguientes incapacidades o una necesidad especial? (marque todas las que aplican)  
 No  Autista o un trastorno de desarrollo penetrante  Prefiero no decir  
 Un problema emocional grave  Un impedimento de lenguaje  
 Un problema específico de aprendizaje  Otro impedimento de salud  
 Sordera o algún otro impedimento de oído

**NIÑO #2**

Primer Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Apellido del niño/a: \_\_\_\_\_ Inicial de segundo nombre \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Genero del participante:** \_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_ Masculino

**Etnicidad del adulto:** (marque a todos los que aplican)  
 Alaska Nativo o Americano Nativo  
 Asiático:  Indio Asiático  Chino  Filipino  Japonés  Coreano  Vietnamita  Otro ASTANO  
 Negro/Africano-Americano  
 Hispano/Latino:  Mexicano, Mexicano-Americano, Chicano  Puerto Risueño  Cubano  Centro Americano  
 Otro Hispano/Latino  
 Blanco  
 Isleño Pacifico:  Hawaiano Nativo  Guamaniano o Chamorro  Samoén  Otro Isleño Pacifico  
 Desconocido  
 Otro

**Información del Niño/a:**  
 1 ¿Cuantos padres/tutores viven en casa con este niño? 1 o 2  
 2. ¿Tiene su hijo/hija algún tipo de seguro por medio de un HMO, Medi-Cal, Healthy Families? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

3. ¿Algún doctor o algún Professional de salud le ha dicho que su hijo/a tiene un desarrollo atrasado? Un desarrollo retrasado quiere decir que el niño/a va desarrollándose algo lento/a físicamente a comparación de los niños de su misma edad. Sí \_\_\_ No \_\_\_
4. ¿Algún doctor o algún Professional de salud le ha dicho que su hijo/a tiene alguna de las siguientes incapacidades o una necesidad especial? (marque todas las que aplican)
- \_\_\_ No  
 \_\_\_ Un problema emocional grave  
 \_\_\_ Un problema específico de aprendizaje  
 \_\_\_ Sordera o algún otro impedimento de oído
- \_\_\_ Autista o un trastorno de desarrollo penetrante  
 \_\_\_ Un impedimento de lenguaje  
 \_\_\_ Otro impedimento de salud
- \_\_\_ Prefiero no decir

**Niño #3**

Primer Nombre del niño/a:

Apellido del niño/a:

Inicial de segundo nombre

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Genero del participante: \_\_\_ Femenino \_\_\_ Masculino

**Etnicidad del adulto:** (marque a todos los que aplican)

- \_\_\_ Alaska Nativo o Americano Nativo
- \_\_\_ Asiático: \_\_\_ Indio Asiático \_\_\_ Chino \_\_\_ Filipino \_\_\_ Japonés \_\_\_ Coreano \_\_\_ Vietnamita \_\_\_ Otro Asiano
- \_\_\_ Negro/Africano-Americano
- \_\_\_ Hispano/Latino: \_\_\_ Mexicano, Mexicano-Americano, Chicano \_\_\_ Puerto Riqueño \_\_\_ Cubano \_\_\_ Centro Americano  
 \_\_\_ Otro Hispano/Latino
- \_\_\_ Blanco
- \_\_\_ Isleño Pacifico: \_\_\_ Hawaiano Nativo \_\_\_ Guamaniano o Chamorro \_\_\_ Samoan \_\_\_ Otro Isleño Pacifico
- \_\_\_ Desconocido
- \_\_\_ Otro

**Información del Niño/a:**

1. ¿Cuántos padres/tutores viven en casa con este niño? 1 o 2
2. ¿Tiene su hijo/hija algún tipo de seguro por medio de un HMO, Medi-Cal, Healthy Families? Sí \_\_\_ No \_\_\_
3. ¿Algún doctor o algún profesional de salud le ha dicho que su hijo/a tiene un desarrollo atrasado? Un desarrollo retrasado quiere decir que el niño/a va desarrollándose algo lento/a físicamente a comparación de los niños de su misma edad. Sí \_\_\_ No \_\_\_
4. ¿Algún doctor o algún profesional de salud le ha dicho que su hijo/a tiene alguna de las siguientes incapacidades o una necesidad especial? (marque todas las que aplican)
- \_\_\_ No  
 \_\_\_ Un problema emocional grave  
 \_\_\_ Un problema específico de aprendizaje  
 \_\_\_ Sordera o algún otro impedimento de oído
- \_\_\_ Autista o un trastorno de desarrollo penetrante  
 \_\_\_ Un impedimento de lenguaje  
 \_\_\_ Otro impedimento de salud
- \_\_\_ Prefiero no decir