

Acuerdo de participación en las visitas a domicilio

Nombre del(a) menor /participante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Estos acuerdos establecen el entendimiento de las funciones y responsabilidades relacionadas con la participación en el programa OESD 114 Early Head Start.

El rol y los compromisos de la familia	El rol y los compromisos de los visitantes a domicilio
<ul style="list-style-type: none"> • Participar en cada una de las actividades de la visita a domicilio y en las conversaciones para apoyar el aprendizaje. • Compartir los resultados de los exámenes médicos y dentales. • Participar en la planificación de actividades que apoyen el apego y el desarrollo del menor. • Desarrollar y trabajar para conseguir mis metas familiares. • Actualizar cualquier cambio en mi información de contacto. • Participar en los grupos de "Jugar y aprender", en los talleres para padres y en las oportunidades de liderazgo (como el Consejo de Políticas), conforme estén disponibles. • No enviar mensajes de texto y responder a las llamadas telefónicas durante el tiempo que pasamos juntos, a menos que se trate de una emergencia. • Participar en las detecciones y evaluaciones continuas del desarrollo de mi hijo(a). 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer y respetar la cultura y los valores familiares. • Compartir ideas para apoyar el aprendizaje en el hogar y la comunidad. • Apoyar a las familias para que mantengan las revisiones de salud y dentales rutinarias. • Colaborar en la evaluación y el desarrollo de actividades que favorezcan el crecimiento, el desarrollo y el apego de los niños. • Colaborar en el desarrollo y el logro de las metas de la familia y apoyarla en el acceso a los recursos de la comunidad, según sea necesario. • Colaborar en el desarrollo de un plan de transición para el preescolar u otros programas de aprendizaje temprano. • No enviar mensajes de texto y responder a las llamadas telefónicas durante el tiempo que pasamos juntos, a menos que se trate de una emergencia.

Acuerdos generales para la participación en las visitas domiciliarias

- Mantendremos nuestras visitas semanales de 90 minutos a domicilio. Se realizan al menos 46 visitas a domicilio al año.
- Si alguien sufre de alguna enfermedad, reprogramaremos las visitas a domicilio lo antes posible.
- Seguiremos las recomendaciones sanitarias estatales y locales para minimizar la propagación de enfermedades, como el uso de mascarillas, el control de la fiebre, el lavado de manos, la desinfección, etc.
- La familia mantendrá un entorno seguro durante las visitas a domicilio presenciales, no consumiendo tabaco, cigarrillos electrónicos, marihuana, alcohol u otras sustancias ilegales durante la visita y asegurando las mascotas, las armas de fuego y otras armas antes de la visita.
- Los consultores de nutrición, enfermería y salud mental son miembros de mi equipo, están disponibles para hacer remisiones y darán su apoyo según sea necesario para promover el éxito de la familia y del programa.
- La confidencialidad con respecto a la participación en este programa de visitas al hogar es respetada tanto por el Visitante al Hogar como por la familia. OESD 114 no compartirá información sobre mi hijo(a) o familia sin el consentimiento por escrito.
- *Sólo para familias prenatales:* Consiento que mi Visitante de Casa me venga a visitar dentro de las dos semanas del nacimiento de mi bebé.
- Doy mi consentimiento para participar en los exámenes de visión, audición, crecimiento, desarrollo emocional y social y en las evaluaciones continuas de mi hijo(a).

Todo el personal de nuestro programa está obligado a hacer denuncias. Esto significa que cualquier miembro del personal que tenga una sospecha razonable de que un menor ha sufrido abuso o negligencia infantil está obligado a informar de esas preocupaciones a los Servicios de Protección Infantil (CPS).

He leído los acuerdos anteriores y entiendo el compromiso que estoy haciendo para participar en el Programa de Visitas al Hogar de Aprendizaje Temprano OESD 114. También entiendo que la participación es voluntaria y que puedo elegir salir del programa en cualquier momento.

Firma del padre, madre o tutor

Fecha

Firma del miembro del personal

Fecha