

Inscripción de Niño y Autorización

Nombre del Niño _____		Fecha de Ingreso al Cuidado _____	
Apelativo del Niño _____		Edad al Ingreso de Cuidado _____	
Fecha de Nacimiento _____			
ALERTA de ALERGIA: ¿tiene alergias el niño? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es SÍ, liste todas las alergias en la parte de atrás de la forma			
Información de Contacto Padres o Tutor			
Nombre (primero, apellido)		Relación	
Dirección		Ciudad	Código Postal
Número de Teléfono de Casa		Número de Teléfono Celular	
Empleo/Horas de Trabajo		Número de Teléfono del Trabajo	
Dirección de Empleo			
Nombre (primero, apellido)		Relación	
Dirección		Ciudad	Código Postal
Número de Teléfono de Casa		Número de Teléfono Celular	
Empleo/Horas de Trabajo		Número de Teléfono del Trabajo	
Dirección de Empleo			
Información de Contacto Requerido- otra persona fuera de padres o tutor autorizados para poder recoger al niño <input type="checkbox"/>			
Nombre (primero, apellido)		Número de Teléfono	Relación
Nombre (primero, apellido)		Número de Teléfono	Relación
Información de Contacto de no Emergencia- otra persona fuera de padres o tutor autorizados para poder recoger al niño			
Nombre (primero, apellido)		Número de Teléfono	Relación
Nombre (primero, apellido)		Número de Teléfono	Relación
Información de Contacto Medico/Dental			
Información del Proveedor de Seguro y Póliza (si es aplicable)			
Nombre del Doctor Primario		Número de Teléfono	
Proveedor Dental (si el niño es de edad escolar. Si no hay, liste información del proveedor dental del establecimiento)		Número de Teléfono	
Autorización del Padre o Tutor			
Favor listar cualquier restricción del permiso a lo siguiente:			
<input type="checkbox"/>	Mi niño puede ser llevado a viajes o excursiones por bus o vehículo privado, al igual que excursiones en el vecindario bajo supervisión adecuada (ver la sección de arreglos de transportación especial en la parte de atrás de la forma)		
<input type="checkbox"/>	Mi niño puede participar en natación u otras actividades acuáticas bajo la supervisión adecuada (OCC requiere salvavidas aprobado)		
<input type="checkbox"/>	Mi niño puede ser fotografiado con propósito de publicidad o noticias	<input type="checkbox"/> En-sitio	<input type="checkbox"/> Fuera del sitio
<input type="checkbox"/>	Mi niño puede ser administrado con medicamentos no prescritos a como indican las instrucciones en el recipiente. Esto puede incluir bloqueador del sol, calmantes de dolor para niños, crema anti-bacterial de primeros auxilios, ungüento para la hora de cambio de pañales. Almíbar de ipecac puede ser administrado si la operadora del centro de control de envenenamiento lo considera necesario. Los padres o tutor del niño serán contactados antes de administrar cualquier calmante de dolor no pre- escrito. Medicamentos con prescripción deben estar vigentes y un permiso es requerido para cada medicamento.		
En caso de emergencia , el establecimiento de cuidado tiene el permiso de llamar a la ambulancia, o de llevar a mi niño a cualquier medico disponible u hospital para obtener tratamiento medico a mi propia cuenta. En la mayoría de las emergencias, 911 es llamado y el niño es transportado al hospital más cercano y ser tratado por el medico a cargo. El padre o tutor del niño es notificado lo más pronto posible.			
Firma del Padre/Tutor _____		Fecha _____	
Continuado al dorso (firma y fecha adicional)			

Información del Niño

¿Ha estado su niño bajo cuidado previamente?	Si, sí ¿ Que tipo de cuidado y por cuanto tiempo?		
Razón por la cual peticiona cuidado			
Información General del Niño- favor de incluir toda información que nos ayudara a proveerle con cuidado de calidad para su niño			
Gustos y Disgustos			
Hábitos Alimenticios y Horario			
Hábitos de Dormir y Horario			
Juegos			
Temores			
Palabras Especiales y su Significado			
Información Medica del Niño			
¿Tiene alergias? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Ha tenido sarampión? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Listar todas las alergias o cualquier otro problema medico, incluyendo instrucciones para proporcionar el mejor cuidado posible con respeto a la condición médica. ¿Hay alguna condición que restrinja las actividades del niño?			
Otros Niños en Casa			
Nombre (primero, apellido)	Apelativo	Edad	Género
Nombre (primero, apellido)	Apelativo	Edad	Género
Nombre (primero, apellido)	Apelativo	Edad	Género
Nombre (primero, apellido)	Apelativo	Edad	Género
Arreglos Especiales de Transportación			
La CCD requiere un plan escrito de arreglos para transportación entre el establecimiento de cuidado de niños y el padre o tutor para las actividades extracurriculares del niño. La siguiente indica el plan de transporte del establecimiento:			
_____ (niño) asiste _____ (escuela). El/ella será transportada/escoltada desde el establecimiento de cuidado por medio de (marcar el que se aplique): _____ Autobús escolar, _____ Autobús de Head Start, _____ establecimiento de cuidado, ó _____ llegara/saldrá sin ser escoltado con mi permiso. Si mi hijo no esta en el área designada para ser recogido, o no llega como planeado, por favor contactarse con (marcar la persona aplicable): _____, padre o tutor, ó _____ la escuela, a fin de confirmar su paradero, al igual que divisar un plan a como se necesite para localizar al niño. Mi hijo (a) también tiene permiso de (especifique: trabajar con el maestro después de escuela, asistir una clase o junta extracurricular, salir a casa a una hora específica, etc.): _____.			

Firma del Padre/Tutor _____

Fecha _____