

Formulario de Inscripción de Niños



Nombre del niño/a (apellido, nombre)		Apodo de niño/a
Fecha de nacimiento	Fecha en que ingresó a la atención	Edad de entrada
ALERTA DE ALERGIA	¿Su hijo tiene alergias? <input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO *En caso afirmativo, complete un plan de tratamiento para alergias.	
Información de contacto del padre o tutor		
Nombre (Nombre, Apellido)		Relación
Dirección de la casa (calle, ciudad, código postal)		
Teléfono de casa	Teléfono celular	Dirección de correo electrónico
Empleador y horas de trabajo	Dirección del trabajo (calle, ciudad, código postal)	Teléfono de trabajo
Nombre (Nombre, Apellido)		Relación
Dirección de la casa (calle, ciudad, código postal)		
Teléfono de casa	Teléfono celular	Dirección de correo electrónico
Empleador y horas de trabajo	Dirección del trabajo (calle, ciudad, código postal)	Teléfono de trabajo
Información de contacto de emergencia requerida: persona que no sea el padre o tutor que esté autorizada a recoger al niño.		
Nombre (Nombre, Apellido)	Teléfono	Relación
Nombre (Nombre, Apellido)	Teléfono	Relación
Información de contacto que no es de emergencia: persona que no sea el padre o tutor que esté autorizada a recoger al niño		
Nombre (Nombre, Apellido)	Teléfono	Relación
Nombre (Nombre, Apellido)	Teléfono	Relación
Información de contacto médico		
Información sobre el proveedor de seguros y la póliza (si corresponde)		
Proveedor(es) médico(s) del niño/a o centro de atención de emergencia		Teléfono
Autorizaciones de los padres o tutores (no todas estas autorizaciones son necesarias en el cuidado infantil familiar)		
Enumere las restricciones al permiso de lo siguiente:		
A mi hijo/a se le puede llevar a caminar por el vecindario <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nota: Se requiere una hoja de permiso firmada para todas las excursiones fuera del vecindario.		
Mi hijo/a puede usar protector solar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No. Mi hijo/a puede aplicarse su propio protector solar bajo la supervisión de un adulto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Mi hijo/a puede ser fotografiado y/o grabado con fines publicitarios o noticiosos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Esto se aplica a <input type="checkbox"/> En el lugar <input type="checkbox"/> Fotografía y video fuera del sitio		
CC/SC: mi hijo/a puede participar en eventos religiosos o culturales descritos en la política del centro, incluyendo ocasiones especiales en las que se sirve comida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
He revisado una copia del certificado de licencia actual de este centro de cuidado infantil <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
He recibido una copia escrita de las pólizas de cuidado infantil del programa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En una emergencia, el centro de cuidado infantil tiene mi permiso para llamar a una ambulancia o transportar a mi hijo a cualquier médico u hospital disponible a mi cargo para obtener tratamiento médico. En la mayoría de las emergencias, se llama al 911 y el niño es transportado al hospital más cercano y tratado por el médico de guardia. El padre o tutor del niño debe ser notificado lo antes posible		
Firma del Padre/Tutor		Fecha

¿Su hijo ha estado anteriormente en una guardería? Sí No En caso afirmativo, ¿qué tipo de atención y durante cuánto tiempo?

Información general del niño/a: incluya cualquier información que nos ayude a brindar atención de calidad a su hijo.

Gustos y disgustos generales

Hábitos alimenticios y horarios

Hábitos y horarios de sueño

Antecedentes de desarrollo y salud que podrían afectar la participación del niño en el cuidado infantil

Interacciones con otros niños

¿Cómo le gusta a su hijo que lo consuelen?

Idioma materno del niño

¿Hay antecedentes culturales familiares, tradiciones, creencias o intereses que le gustaría compartir con nosotros?

¿Su hijo tiene alguna necesidad especial? (IFSP, IEP, etc.) Sí * No * En caso afirmativo, complete un plan de atención por escrito

Información Médica del niño/a

¿Su hijo/a tiene algún problema de salud crónico o necesidades específicas de atención (como enfermedades o lesiones graves previas)? Sí * No *En caso afirmativo, complete un plan de atención por escrito

¿Su hijo/a necesita medicamentos con regularidad o le recetan medicamentos para uso continuo a largo plazo? (Sí (No En caso afirmativo, ¿por qué?

Otros niños en el hogar

Nombre	Edad	Información de la escuela u otra información que desee compartir
--------	------	--

Nombre	Edad	Información de la escuela u otra información que desee compartir
--------	------	--

Nombre	Edad	Información de la escuela u otra información que desee compartir
--------	------	--

Formulario de inscripción, revisión anual o actualización(es). Un centro debe hacer que el padre o tutor revise, actualice y firme o ponga sus iniciales en el formulario de inscripción al menos una vez al año. Por favor, ponga la fecha y las iniciales a continuación cada vez que se revise y/o actualice la información de inscripción.

Fecha: _____ Iniciales principales: _____

Fecha: _____ Iniciales principales: _____

Fecha: _____ Iniciales principales: _____