

Formulario de inscripción del niño/la niña



Nombre del niño/la niña (apellido, nombre)		Sobrenombre del niño/la niña	
Fecha de nacimiento		Fecha de ingreso al centro de cuidado infantil	Edad al momento del ingreso
ALERTA DE ALERGIAS		¿Su hijo tiene alergias? <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> NO *Si "sí", complete un plan de atención de alergias.	
Información de contacto del padre/madre/tutor			
Nombre (nombre, apellido)		Relación	
Dirección (calle, ciudad, código postal)			
Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico	
Empleador y horario de trabajo		Dirección de trabajo (calle, ciudad, código postal)	Teléfono de trabajo
Nombre (nombre, apellido)		Relación	
Dirección (calle, ciudad, código postal)			
Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico	
Empleador y horario de trabajo		Dirección de trabajo (calle, ciudad, código postal)	Teléfono de trabajo
Información de contacto de emergencia obligatoria.			
Una persona que no sea el padre, la madre o el tutor y que esté autorizada a recoger al niño/la niña.			
Nombre (nombre, apellido)		Teléfono	Relación
Nombre (nombre, apellido)		Teléfono	Relación
Información de contacto de no emergencia.			
Una persona que no sea el padre, la madre o el tutor y que esté autorizada a recoger al niño/la niña.			
Nombre (nombre, apellido)		Teléfono	Relación
Nombre (nombre, apellido)		Teléfono	Relación
Información médica de contacto			
Aseguradora e información de la póliza (si procede)			
Aseguradora o centro de atención de emergencia del niño/la niña		Teléfono	
Autorizaciones del padre/madre/tutor (no todas estas autorizaciones son necesarias en los entornos de cuidado infantil familiar)			
Enumere cualquier restricción a los siguientes permisos:			
A mi hijo se le podría llevar a paseos o excursiones en autobús o en vehículo privado, así como a excursiones para caminar por el vecindario bajo la supervisión requerida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nota: Se requiere un permiso firmado para todas las excursiones fuera del barrio.			
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/a y/o grabado/a con fines publicitarios o informativos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Esto se aplica a: Fotografías y videos <input type="checkbox"/> En el lugar <input type="checkbox"/> Fuera del lugar			
CC/SC: Mi hijo/a puede participar en los actos religiosos o culturales descritos en la política del centro, incluidas las ocasiones especiales en las que se sirva comida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
He revisado una copia del certificado de la licencia actual de este entorno de cuidado infantil <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
He recibido una copia escrita de las políticas de cuidado infantil del programa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
En caso de emergencia, el centro de cuidado infantil tiene mi permiso para llamar a una ambulancia o trasladar a mi hijo/a a cualquier médico u hospital disponible a mi cargo para que reciba tratamiento médico. En la mayoría de las emergencias, se llama al 911 y se traslada al niño/la niña al hospital más cercano para que reciba atención del médico de guardia. Se debe notificar al padre/madre/tutor de manera inmediata.			
Firma del padre/madre/tutor		Fecha	

¿Su hijo/a ha estado en un entorno de cuidado infantil? Sí No Si "sí", ¿qué tipo y por cuánto tiempo?

Información general del niño/la niña. Incluya cualquier información que nos ayude a proporcionar una cuidado de calidad a su hijo/a.

Cosas generales que le gustan o disgustan

Hábitos y horarios de alimentación

Hábitos y horarios de sueño

Historial de desarrollo y salud que podría afectar la participación del niño/la niña en el entorno de cuidado infantil

Interacciones con otros/as niños/as

¿Cómo le gusta que lo/la consuelen?

Lengua materna del niño/la niña

¿Le gustaría compartir con nosotros antecedentes culturales, tradiciones, creencias o intereses de su familia?

¿Tiene su hijo necesidades especiales (IFSP, IEP, etc.)? Sí* No Si "sí", complete un plan de atención escrito.

Información médica del niño/la niña

¿Tiene su hijo/a algún problema de salud crónico o necesidades de cuidados específicos (como enfermedades o lesiones graves previas)?
 Sí* No
Si "sí", complete un plan de atención escrito.

¿Su hijo necesita regularmente medicación o tiene medicamentos recetados para un uso continuado y a largo plazo? Sí No Si "sí", ¿por qué?

Otros/as niños/as en el hogar

Nombre	Edad	Escuela u otra información que desee compartir:
Nombre	Edad	Escuela u otra información que desee compartir:
Nombre	Edad	Escuela u otra información que desee compartir:
Nombre	Edad	Escuela u otra información que desee compartir:

Revisión o actualización(es) anual(es) del formulario de inscripción. El centro deberá pedir al padre/madre/tutor que revise, actualice y firme o ponga sus iniciales en el formulario de inscripción al menos una vez al año. Coloque la fecha y sus iniciales a continuación cada vez que se revise y/o actualice la información de inscripción.

Fecha: _____ Iniciales del padre/madre/tutor: _____

Fecha: _____ Iniciales del padre/madre/tutor: _____

Fecha: _____ Iniciales del padre/madre/tutor: _____