



# Julia A. Lopez Child Development Center

## Solicitud de Admisión

1300 South Avenue  
 Orange Cove, CA 93646  
 559-626-6466 Fax 559-626-3439

[www.juliaalopezchilddevelopmentcenter.com](http://www.juliaalopezchilddevelopmentcenter.com)  
[facebook.com/juliaalopezchilddevelopmentcenter](https://facebook.com/juliaalopezchilddevelopmentcenter)

No. \_\_\_\_\_

Nombre completo de la niña o el niño:		Apodo o nombre conocido por:	
Fecha de nacimiento:		Edad:	
Dirección:		Sexo: <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	
Ciudad:			
Código Postal:			

### Detalles de la madre

Nombre de la Madre:			
Ocupación:		Empleador:	
Número de teléfono móvil:		Número de teléfono del trabajo:	
Dirección de correo electrónico:		Ingreso Bruto Mensual:	
Dirección (Si es diferente al del niño):			
Ciudad:		Código Postal:	

### Detalles del padre

Nombre del Padre:			
Ocupación:		Empleador:	
Número de teléfono móvil:		Número de teléfono del trabajo:	
Dirección de correo electrónico:		Ingreso Bruto Mensual:	
Dirección (Si es diferente al del niño):			
Ciudad:		Código Postal:	

### ¿Quién tiene la responsabilidad parental?

Nombre:		Nombre:	
¿Existe alguna restricción de contacto? (En caso afirmativo, proporcione detalles a continuación)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	
Detalles: _____			
_____			
_____			

Padre(s) Ingreso bruto total:		Total del tamaño de la familia, incluyendo Niño registrado (2, 3, 4, etc.):	
Razón para buscar cuidado infantil:	<input type="checkbox"/> Trabajando	<input type="checkbox"/> Escuela o Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Buscando trabajo

¿Busca cuántas horas de atención al día? Ejemplo: ¿3 horas, 4 horas, 8 horas?				
Lunes:	Martes:	Miércoles:	Jueves:	Viernes:
De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

**Por favor traiga los siguientes documentos con la solicitud:** •Examen físico actual (dentro de 1 año)  
 •Registro de vacunación (vacuna contra la tuberculosis) •Certificado de nacimiento •Prueba de residencia  
 •Talones de cheques y/o •Horario de escuela/capacitación

<i>Office Use Only</i> Accepted By: _____ Date: _____
--

**Información sobre todos los demás niños menores de 18 años que viven en el hogar.**

Nombre	Fecha de Nacimiento	Asistir a la escuela
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

**Detalles del doctor**

Nombre del doctor/ de la doctora:			
Nombre de la compañía de atención médica:	Examples: Adventist, Kaiser Permanente, Kaweah Health, Orchard Medical		
Dirección	Ciudad:	Código Postal:	
Número del doctor			

**Detalles médicos**

¿Tiene su hijo algún problema médico que debamos tener en cuenta? Por favor proporcione detalles a continuación:
¿Alergias? ¿Tiene su hijo alguna alergia que debamos tener en cuenta? Por favor proporcione detalles a continuación:
¿Medicación a largo plazo? ¿Está su hijo tomando algún medicamento a largo plazo que debamos tener en cuenta? Por favor proporcione detalles a continuación:
¿Requerimientos dietéticos especiales? ¿Tiene su hijo algún requerimiento dietético especial? Por favor proporcione detalles a continuación:

**Contactos de emergencia (debe tener 18 años o más para estar autorizado a contactar y recoger y dejar):**

Nombre	Número de teléfono	Dirección	Relación con el niño: abuelo, tía/tío, hermano, amigo de la familia
1.			
2.			
3.			

Firma	Fecha
-------	-------

**Por la presente certifico que, a mi leal saber y entender, la información proporcionada es verdadera y precisa.**

**Encuesta: responda las siguientes preguntas:**

¿Cómo te enteraste de nosotras?	
¿Quién cuida a su hijo actualmente?	
¿Qué alternativas, si es que hubo alguna, consideró ante el Centro Julia López?	
¿Ha inscrito a niños en el Centro Julia López o en la guardería de Orange Cove antes?	
¿Por qué elegiste el Centro Julia López?	

*¡Gracias por su interés en el Centro de Desarrollo Infantil Julia A. López! Los tiempos de respuesta pueden variar según temporada y capacidad.*