

FACES Kinder / Preschool & Child Care Center

Registración				Fecha de Inicio del cuidado.	Fecha de Término del cuidado.
Nombre del Niño	Apellido	Nombre	Segundo nombre	Nombre de cariño.	Fecha de nacimiento.
Dirección	Calle	Ciudad		Código Postal	
Nombre del Padre / Tutor		Teléfono de Casa # () -	Teléfono Celular # () -	Teléfono de Trabajo # () -	
Dirección	Calle	Ciudad		Código Postal	
Dirección donde se le puede localizar mientras el niño esté en el cuidado.				Ciudad	Código Postal
Nombre del Padre / Tutor		Teléfono de Casa # () -	Teléfono celular # () -	Teléfono de Trabajo # () -	
Dirección	Calle	Ciudad		Código Postal	
Dirección donde se le puede localizar mientras el niño esté en el cuidado..				Ciudad	Código Postal

Al no ser usted, ¿Quién tiene permiso para recoger a su hijo?

Nombre	Dirección	Número de Teléfono
Nombre: Parentesco:		Casa: () - Celular: () - Trabajo: () -
Nombre: Parentesco:		Casa: () - Celular: () - Trabajo: () -
Nombre: Parentesco:		Casa: () - Celular: () - Trabajo: () -

En caso de emergencia, Doy permiso para que se contacte a cualquiera de las siguientes personas y mi hijo pueda ser entregado a cualquiera de ellas. Firma del Padre / Guardián: _____

Nombre:	Dirección	Número de Teléfono
Name: Parentesco:		Casa: Celular: Trabajo:
Nombre: Parentesco:		Casa: Celular: Trabajo:
Nombre: Parentesco:		Casa: Celular: Trabajo:

¿Quién NO tiene permiso para recoger a su Hijo? Si aplica (Una copia del documento Judicial de respaldo para archivo).	
Nombre	Razón

Información de Salud del Niño

Fecha del último examen físico:	Proveedor de atención médica.	Número de teléfono () -
Dirección Calle	Ciudad	Código Postal
¿Problemas especiales de salud? ¿Sí o No? En caso que sí, especifique.	Alérgicas, incluyendo reacciones a medicamentos. Si o No? En caso que sí, especifique.	
Medicamentos regulares? ¿Sí o No? En caso que sí, especifique.	Otra información importante: ¿Si o no?En caso que sí, especifique.	
Nombre del Dentista del Niño:	Número de Teléfono () -	
Dirección Calle	Ciudad	Código Postal

Cobertura Médica del Seguro del Niño

Nombre de la compañía de seguros:	Número de miembro / Póliza
Nombre del titular de la Póliza:	Nombre del empleador:
Nombre de la compañía de seguros:	Número de miembro / Póliza
Nombre del titular de la Póliza:	Nombre del empleador:

Consentimiento para atención médica y Tratamiento de Niños menores.

Doy permiso para que mi Hijo, _____, pueda recibir primeros auxilios / tratamiento de emergencia por parte del Centro de cuidado de niños y / o un miembro del staff calificado en: Nombre del Licenciatario: _____ Dirección del Licenciatario: _____			
Firma del Padre / Tutor	Fecha	Firma del Padre / Tutor	Fecha
Cuando no me puedan contactar, autorizo y doy mi consentimiento para que un médico con licencia, proveedor de atención médica, hospital o asistente de asistencia médica realice un tratamiento médico, quirúrgico y hospitalario, tratamiento y procedimientos para mi hijo cuando el médico lo considere necesario o lo recomiende. Ayudante de auto para salvaguardar la salud de mi hijo. Renuncio a mi derecho de consentimiento informado para dicho tratamiento. También doy mi permiso para que mi hijo sea transportado en ambulancia o automóvil de ayuda a un centro de emergencia para recibir tratamiento. Certifico bajo pena de perjurio según las leyes del Estado de Oregon que esta información es verdadera y correcta.			
Firma del Padre / Tutor	Fecha	Firma del Padre / Tutor	Fecha



Formulario de Autorización para Fotografías y Videos.

Estimado Padre / Tutor:

Nosotros, **FACES OF AMERICA** Kindergarten & Preschool Center, tomaremos fotografías o grabaciones de video de los estudiantes durante sus actividades dentro de las instalaciones. En este sentido, solicitamos su consentimiento para la publicación o el uso de fotografías o videos en los que su hijo pueda estar incluido.

Las fotografías se subirán a la aplicación Lilio, a nuestro periódico mural y con fines educativos dentro de las paredes de las instalaciones del Preescolar..

Para proteger la privacidad del niño, garantizamos que no se incluirán nombres.

Acepto que este formulario permanecerá vigente durante el período de inscripción de mi hijo.

Entiendo que no habrá pago alguno por mi participación o la de mi hijo en esta autorización.

- ☐ Por la presente otorgo y autorizo a FACES OF AMERICA hacer uso de fotografías o grabaciones de video que involucren a mi hijo.
- ☐ No permito el uso de fotos tomadas que involucren a mi hijo.

Firma del Padre / Tutor

Nombre del niño: _____

Nombre del Padre / Tutor

Número de Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Fecha: _____



PRE- ESCOLAR Y CUIDADO DE NIÑOS.

AUTORIZACIÓN PARA ASISTIR A IR AL BAÑO

Nombre del Niño (a): _____

_____ Mi niño (a) no necesita ayuda y/o no autorizo.

_____ Mi niño (a) si necesita ayuda.

Por medio de la presente autorizo al personal de FACES Pre-escolar y Day Care para auxiliar a mi niño (a) para ir al baño. (Por ejemplo limpiarse, acomodarse la ropa y/o lavarse las manos).

Nombre del Padre: _____

Fecha: _____