



# Pequeños Exploradores Immersion Daycare LLC

Nombre del Niño(a): \_\_\_\_\_

**Matrícula  
Preescolar  
Confidencial**

# 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
<b>ALERTA DE ALERGIAS</b> ¿Su hijo tiene alergias? <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> NO *Si "sí", complete un plan de atención de alergias.			
<b>Información de contacto del padre/madre/tutor</b>			
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
<b>Información de contacto de emergencia obligatoria.</b>			
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
<b>Información de contacto de no emergencia.</b>			
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
<b>Información médica de contacto</b>			
Aseguradora e información de la póliza (si procede)			
Aseguradora o centro de atención de emergencia del niño/la niña			Teléfono
<b>Autorizaciones del padre/madre/tutor</b> (no todas estas autorizaciones son necesarias en los entornos de cuidado infantil familiar)			
<b>Enumere cualquier restricción a los siguientes permisos:</b>			
Pueden llevar a mi hijo/a a caminar por el barrio <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			
<b>En caso de emergencia,</b> 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

**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: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a ha estado en un entorno de cuidado infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si "sí", ¿qué tipo y por cuánto tiempo?		
<b>Información general del niño/la niña.</b> 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.)? <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> No Si "sí", complete un plan de atención escrito.		
<b>Información médica del niño/la niña</b>		
¿Tiene su hijo/a algún problema de salud crónico o necesidades de cuidados específicos (como enfermedades o lesiones graves previas)? <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si "sí", ¿por qué?		
<b>Otros/as niños/as en el hogar</b>		
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:

# Formulario de autorización de emergencia

<b>Nombre del/de la niño(a)</b> <b>Fecha de Nacimiento</b> El/la niño(a) vive con: ____ la Madre ____ el Padre ____ ambos ____ un Guardián
--

<b>Madre o Guardiana</b> Teléfono de casa Teléfono de trabajo Teléfono de celular Correo electrónico	<b>Padre o Guardián</b> Teléfono de casa Teléfono de trabajo Teléfono de celular Correo electrónico
--	---

<b>Nombres de amigos o parientes a llamar si Ud. no puede ser ubicado</b>		
<b>Nombre</b>	<b>Relación con el/la niño(a)</b>	<b>Teléfono</b>
Nombre	Relación con el/la niño(a)	Teléfono

<b>Doctor a llamar en caso de emergencia</b>	<b>Teléfono</b>
Compañía de seguros	Número de seguro

<b>Dentista a llamar en caso de</b>	<b>Teléfono</b>
Compañía de seguros	Número de seguro

<b>Hospital preferido</b>
---------------------------

<b>Última fecha de la vacuna DPT</b>
--------------------------------------

<b>Alergias a alimentos o medicamentos</b>
--

<b>Medicamentos actuales</b>
------------------------------

<b>Condiciones especiales de salud</b>
--

Por la presente doy permiso a \_\_\_\_\_ o a su personal de tomar las acciones que sean necesarias para obtener asistencia de emergencia médica si es justificada. Estas acciones podrían incluir pero no limitar a los siguientes pasos:

1. Intentar de contactar a los padres o guardianes.
2. Intentar de contactar al medico del/de la niño(a)
3. Intentar de contactar al padre/guardián a travez de las personas enlistadas en la información de emergencia completadas por nosotros.
4. Si no podemos contactarnos con ud. o el médico del/de la niño(a), haremos lo siguiente:
  - a) Llamar a otro médico o paramédico, b) llamar a una ambulancia, c) hacer que lleven al/a la niño(a) a un hospital de emergencia en compañía del proveedor o un miembro del personal.
5. Cualquier gasto bajo las acciones del número 4, arriba, será cubierto por la familia del/de la niño(a)

Firma del Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Formulario de Recogida del/de la niño(a)

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

Por favor enumere a continuación los nombre y teléfonos de las personas que podrían ser permitidos a recoger a su niño(a) en caso de emergencia cuando usted no pueda llegar aquí a tiempo (por favor incluya su nombre y teléfono porque el formulario puede ser usado en el paquete de emergencia de la clase).

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el niño(a): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el niño(a): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el niño(a): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el niño(a): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el niño(a): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el niño(a): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Por favor enumere a cualquiera que usted no quiere que recoja a su niño. Si usted no quiere que el otro padre/madre recoja a su niño(a) por favor asegurese de que nosotros tengamos documentos legales para prevenir a que ellos lo hagan, de otra manera no podremos para a un padre a recoger a su niño de nuestro centro.

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el niño(a): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el niño(a): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Por favor trate de mantener este formulario actualizado. Asegurese de indicarme por la mañana ya sea en persona o por teléfono de que alguien más va a recoger a su niño(a). Si su niño(a) no reconoce a la persona (como a su abuela) necesitaremos ver alguna identificación a menos que ellos sepan la contraseña.

Por favor escriba la contraseña que será usado por la persona que va a recoger a su niño(a).

Contraseña: \_\_\_\_\_

---

Firma del padre

Fecha





# Autorización médica para medicamentos sin receta

Todos los medicamentos de venta libre, incluidas las sustancias tóxicas, deben estar en el envase original y etiquetados con el nombre del niño. Es posible que a mi hijo se le administren medicamentos sin receta. Estos pueden incluir los siguientes:

- |                                |   |                                  |   |
|--------------------------------|---|----------------------------------|---|
| Paracetamol                    | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Ibuprofeno                       | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Crema antibiótica              | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Repelente de insectos            | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Antihistamínico                | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Pomada para labios               | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Toallitas/gel antiséptico      | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Ungüento/crema para la erupción  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Loción para bebés              | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Gotas nasales de solución salina | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Aceite para bebé               | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Champú                           | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Talco para bebés               | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Ungüento para quemaduras solares | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Jarabe para la tos             | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Protector solar                  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Ungüento para cambiar pañales  | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Medicamentos para la dentadura   | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Toallitas húmedas para pañales | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Pasta dentífrica                 | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Hidrocortisona                 | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Jalea de petróleo                | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

Otros:

---



---



---



---



---



---

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/TUTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA

# Consentimiento para la aplicación de protector solar

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_

Por la presente doy permiso a \_\_\_\_\_ para aplicar el siguiente protector solar, de acuerdo con las instrucciones de uso que figuran en el envase correspondiente:

**Protector solar proporcionado por el programa:**

Nombre del producto:

SPF:

*\*\*Se debe informar a los padres sobre el tipo de producto, el FPS y se les debe dar la oportunidad de inspeccionar el producto y sus ingredientes. Se puede usar un envase de protector solar para los niños en edad de cuidado infantil, a menos que los padres proporcionen un envase individual para su hijo(a). El protector solar se debe aplicar de manera que se evite contaminar el envase.*

**Protector solar proporcionado por la familia/padre:**

Nombre del producto:

SPF:

*\*\*Si se proporciona protector solar para un niño en particular, el protector solar debe estar etiquetado con el nombre y apellido del niño y debe usarse solo para ese niño.*

Firma del padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**\*\*¡¡NO SE UTILIZAN PROTECTORES SOLARES EN AEROSOL!!\*\***

# Historial de salud y desarrollo del niño en edad preescolar

Nombre Completo del Infante

Apodo

Fecha de Nacimiento:

Género:  Masculino  Femenino

## Historial de salud

¿Su bebé suele estar sano?  Si  No

¿Su bebé está tomando algún medicamento actualmente?  Si  No

Si es sí, por favor enumere y explique el propósito:

¿Se cansa su hijo(a) fácilmente?  Si  No

¿A qué horas suele dormir tu hijo por la noche? ¿Hay algún problema de sueño que creas que deberíamos conocer?

Does your child become easily excited?  Si  No

¿Se emociona su hijo(a) fácilmente?  Si  No

En caso afirmativo, ¿qué palabra o palabras se utilizan para referirse al uso del baño? ¿Suele necesitar ayuda?

¿Su hijo(a) es alérgico(a) a algo?  Si  No

En caso afirmativo, enumere y anote los síntomas que suele presentar su hijo cuando tiene una reacción alérgica:

Does your child have any health-related or other needs that you would like us to be aware of?

**Si** ;  No

En caso afirmativo, indique:

### **Antecedentes emocionales**

¿Qué tipo de orientación funciona mejor con su hijo?

¿Qué experiencias grupales previas ha tenido su hijo y cómo reaccionó?

¿Cómo suele reaccionar su hijo ante personas nuevas o situaciones desconocidas?

¿Qué idioma(s) se habla(n) en tu casa?

¿Qué tipo de cosas puede hacer su hijo por sí solo? (por ejemplo, comer, vestirse, lavarse las manos, ir al baño, escribir los zapatos, etc.)

¿Tiene su hijo algún problema de conducta que le preocupe? Si es así, descríbalos y explique cómo lo soluciona en casa:

¿Tiene su hijo algún miedo o ansiedad pronunciados? Si es así, descríbalos y explique cómo los enfrenta en casa:

Por favor marque las palabras que mejor describen a su hijo:

- |   |                                      |  |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Confidente     | <input type="checkbox"/> Cariñoso(a) | <input type="checkbox"/> Tranquilo(a)            |
| <input type="checkbox"/> Seguro(a)      | <input type="checkbox"/> Tímido(a)   | <input type="checkbox"/> Nervioso(a)             |
| <input type="checkbox"/> Responsable    | <input type="checkbox"/> Ansioso(a)  | <input type="checkbox"/> Energético(a)           |
| <input type="checkbox"/> Autosuficiente | <input type="checkbox"/> Seguidor(a) | <input type="checkbox"/> Otro(por favor enumere) |
| <input type="checkbox"/> Cooperativo(a) | <input type="checkbox"/> Líder(esa)  |  |

## Antecedentes sociales

Enumere los nombres y las edades de los hermanos de su hijo u otros niños que viven en el hogar:

¿Cómo se lleva habitualmente su hijo con otros niños?

¿Cuánto tiempo pasa su hijo solo cada día (excluyendo el tiempo que pasa viendo televisión)?

¿Su hijo se siente más cómodo cuando está rodeado de adultos o de otros niños?

¿En qué situaciones su hijo suele necesitar más ayuda o se siente menos seguro?

## Special Interests

¿Está su hijo interesado en los libros?  **Si**  No

En caso afirmativo, indique algún autor o tema en particular que le interese:

¿Aproximadamente cuánto tiempo pasa su hijo frente al televisor o la computadora cada día?

Televisión:

Computadora:

¿Tiene alguna mascota en su casa? Si es así, descríbala:

Enumere los intereses y habilidades especiales de su hijo:

¿Con qué materiales de juego le gusta más a tu hijo?

¿Hay algo más que le gustaría compartir sobre su hijo?

# Pequeños Exploradores

## POLÍTICA DE ORIENTACIÓN

Es muy importante que el desarrollo de un niño se fomente a través del cuidado, la paciencia y la comprensión. La orientación utilizada ayudará a su hijo a desarrollar el autocontrol y el respeto por los demás. La orientación se aplicará de manera constante y apropiada para la edad e incluirá

- Ser respetuoso con su hijo y sus necesidades individuales.
- Proporcionar reglas/expectativas claras.
- Usar un lenguaje positivo para explicar el comportamiento deseado mientras está al nivel de los ojos de su hijo.
- Ofrecer opciones claras.
- Reorientar a su hijo.
- Ofrecer elogios cuando el comportamiento de su hijo sea apropiado.

Si el comportamiento de algún niño no se puede resolver, hablaré del problema con usted en privado. Si no podemos resolver el problema, es posible que se le pida que nos permita invitar a recursos externos para ayudarnos a brindar un mejor servicio a su hijo.

\_\_\_\_\_  
Nombre del niño

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

Como padre, usted es quien mejor conoce a su hijo. Utilice el espacio a continuación para proporcionar técnicas adicionales que pueda utilizar con su hijo:

- Ejemplo: como cambios de comportamiento cuando está cansado o hambriento.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



# MANTENME EN CASA SI...

Tengo una temperatura de 100.4°F (38°C) o más



- Soy menor de 2 meses; O
- Soy mayor de 2 meses Y **tengo otros síntomas de enfermedad** (dolor de garganta, dolor de oído, dolor de cabeza, sarpullido, vómito, diarrea) o **simplemente no me siento bien**

Estoy vomitando



2 o más veces en 24 horas

Tengo diarrea



- 2 deposiciones blandas/acuosas más de lo normal para el niño en 24 horas; O
- Sangre o mucosidad en las heces

Tengo sarpullido, llagas, piojos, tiña corporal o sarna



- Erupción corporal (no relacionada con una reacción alérgica, cambio de pañales o calor)
- Lagas o heridas abiertas que supuran
- Lagas en la boca con babeo
- Piojos, tiña corporal o sarna no tratados

Simplemente no me siento muy bien



- Inusualmente cansado
- Nivel de actividad bajo
- Falta de apetito
- Irritable, quisquilloso
- Llorando más de lo normal
- No soy capaz de participar en las actividades del programa

Por favor tome en cuenta: A partir de 2022, la Academia Americana de Pediatría define la fiebre como una temperatura de 100.4°F (38°C) o más.

**COVID-19 no es la única enfermedad en la comunidad.** Los programas de cuidado infantil y educación temprana están obligados a seguir el Washington Administrative Code [WAC] 110-300-0205 y deben enviar a casa a los niños y al personal cuando estos están enfermos.

Los programas pueden tener políticas de enfermedad que sean más cautelosas que los requisitos de WAC. Por ejemplo, un programa puede requerir que los niños estén libres de síntomas durante 24 horas antes de regresar al programa, o pueden optar por excluirlos por síntomas de COVID-19 y requerir una prueba negativa antes de que un niño pueda regresar al programa. **Por favor siga la política de enfermedades de su programa de cuidado infantil.**

**A nadie le gusta enfermarse.** Mantener a su hijo(a) en casa cuando está enfermo(a) ayuda a que los maestros, los niños y otras familias no se contagien de gérmenes. Otras cosas que puede hacer para mantenerse saludable son:

- Lavarse las manos
- Mantenerse al día con sus vacunas, incluyendo la vacuna contra el COVID-19 y la influenza
- Considere usar mascarillas cuando esté en un lugar público lleno de gente

Apoyado por:

Public Health  
Seattle & King County



SNOHOMISH  
COUNTY  
HEALTH DEPARTMENT

2/2023