



Pequeños Exploradores Immersion Daycare LLC

Nombre del Niño(a): _____

**Matrícula
de Infante
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
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:			
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			
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	

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?		
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.)? <input type="checkbox"/> Sí* <input type="checkbox"/> 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)? <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?		
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:

Información adicional de inscripción de bebés y niños pequeños

Este formulario debe utilizarse junto con el formulario de inscripción del niño/la niña (PR-0185).



Nombre del niño/la niña	Sobrenombre	Fecha de nacimiento	Edad actual
Nombre del padre/madre		Fecha en que completó este formulario	

Intereses individuales

¿El niño/la niña dice alguna palabra? ¿Qué significan?

¿Cuáles son los juegos, juguetes y cosas favoritas del niño/la niña?

¿Tiene información que pueda ser importante o útil para los prestadores de cuidado?

¿Tiene mascotas en su hogar? Si la respuesta es "sí", indique el tipo de mascota.

Horario diario habitual	Sueño
7:00	¿Alguna rutina especial para dormir?
8:00	
9:00	¿A su bebé le gusta ser mecido(a)?
10:00	
11:00	¿Su bebé siempre se coloca boca arriba para dormir?
12:00	
1:00	¿Cuándo suele dormir su bebé?
2:00	
3:00	¿Cuánto dura un periodo de sueño normal?
4:00	
5:00	

Líquidos	Comida
Leche: <input type="checkbox"/> Vaso <input type="checkbox"/> Biberón <input type="checkbox"/> Padre en el sitio <input type="checkbox"/> Fórmula <input type="checkbox"/> Entera <input type="checkbox"/> Descremada <input type="checkbox"/> Materna <input type="checkbox"/> Otra: _____ Marca: _____	¿Qué come su hijo/a? <input type="checkbox"/> Comida para bebés <input type="checkbox"/> Comidas de mesa/botanas Tipos de comida/cantidad:
Tipo: <input type="checkbox"/> Polvo <input type="checkbox"/> Listo para comer	
Temperatura: <input type="checkbox"/> Caliente <input type="checkbox"/> Temp. Ambiente <input type="checkbox"/> Fría	
Cantidad/Tamaño de la porción:	
Jugo: <input type="checkbox"/> Manzana <input type="checkbox"/> Naranja <input type="checkbox"/> Albaricoque <input type="checkbox"/> Uva <input type="checkbox"/> Durazno <input type="checkbox"/> Piña	
¿Algún otro líquido?	
Cantidad: _____ Frecuencia: _____	

Formulario de autorización de emergencia

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

Madre o Guardiana Teléfono de casa Teléfono de trabajo Teléfono de celular Correo electrónico	Padre o Guardián Teléfono de casa Teléfono de trabajo Teléfono de celular Correo electrónico
--	---

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

Doctor a llamar en caso de emergencia	Teléfono
Compañía de seguros	Número de seguro

Dentista a llamar en caso de	Teléfono
Compañía de seguros	Número de seguro

Hospital preferido

Última fecha de la vacuna DPT

Alergias a alimentos o medicamentos
--

Medicamentos actuales

Condiciones especiales de salud
--

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 Bebé

Nombre Completo del Infante

Apodo

Fecha de Nacimiento:

Genero: Masculino Femenino

Health History

¿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:

En un año, ¿su bebé ha tenido 3 o más infecciones de oído? Si No

En un año, ¿suele su bebé sufrir más de 3 resfriados o infecciones de garganta con fiebre?
 Si No

¿Qué signos muestra su hijo cuando está enfermo/se está enfermado?

¿Su bebé es alérgico(a) a algo? Si No

En caso afirmativo, enumere y anote qué síntomas presenta su bebé cuando tiene una reacción alérgica:

¿Tiene su bebé alguna necesidad relacionada con la salud o de otro tipo que le gustaría que conociéramos?
 Si No

En caso afirmativo, indique:

¿Su bebé muerde objetos inusuales como lápices, tizas, cunas, alféizares de ventanas, trozos de pintura, yeso o cabello? Si No

En caso afirmativo, proporcione detalles:

Historia del Desarrollo

¿Cómo consuelas a su bebé?

¿Cuáles son los juguetes favoritos de su bebé?

¿Cuáles son las actividades favoritas de su bebé?

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

Al Dormir

Enumere algunas formas específicas en las que ayuda a su bebé a dormir:

¿Dónde duerme su bebé?

¿Su bebé llora cuando se va a dormir? Si No

¿Cuál es el horario de sueño actual de su bebé?

Noche:

Siesta de la mañana:

Siesta de la tarde:

Otros (enumerar):

A la hora de la siesta, ¿su hijo utiliza (marque todas las opciones que correspondan): Chupón Animal de peluche/juguete Frazada

Al Comer

¿Es su bebé amamantado? Si No ¿Alimentado con Si No

Si alimenta a su bebé con fórmula, ¿qué tipo de fórmula utiliza?

¿Qué tipo de biberón y tetina prefiere tu bebé?

¿Necesita su bebé ser eructado(a)? Si No

¿Su bebé come comida para Si No

En caso afirmativo, enumere cualquier alergia o intolerancia particular:

¿Su bebé come alimentos sólidos? Si No

En caso afirmativo, ¿qué tipo de alimentos le ha dado hasta ahora?

¿Cuál es el horario de alimentación actual de su bebé? (especifique horarios y cantidades)

Mañana:

Tarde:

Hora de la merienda:

Noche:

Enumere cualquier inquietud especial sobre alimentación que debamos tener en cuenta:

Al ir al baño

¿Con qué frecuencia evacua el intestino su bebé?

Describa la apariencia típica de sus evacuaciones intestinales:

¿Qué tipo de pañales usa su bebé?

¿Su bebé suele sufrir dermatitis del pañal? Si No

Si es así, ¿cómo la trata?

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