

Paquete de inscripción para cuidado infantil familiar

Por favor, llenen estos formularios en su totalidad. Si una pregunta no se aplica a su hijo, escriban N/A (no aplicable). Los formularios deben quedar en poder del proveedor el primer día cuidado de su hijo o antes. Notifiquen al proveedor si se produjera cualquier cambio en esta información.

Información general

Fecha de admisión _____ Fecha de finalización del servicio _____

Nombre completo del niño _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Teléfono: _____

Apodo _____ Idioma principal _____

Color de ojos _____ Color de pelo _____ Sexo _____ Altura _____ Peso _____

Alergias/Dietas especiales _____

Nombre del padre/madre/tutor _____

Dirección de su casa (si es diferente) _____

Teléfono: _____

Lugar dónde se encuentra el padre/madre/tutor durante el cuidado infantil:

Padre/madre/tutor: _____ Padre/madre/tutor _____

Lugar: _____ Lugar: _____

Teléfono: _____ Teléfono: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono celular: _____

Instrucciones: _____ Instrucciones: _____

Contacto en caso de emergencia/Persona autorizada para recoger al niño

En caso de emergencia, cuando no me puedan localizar, el proveedor podrá ponerse en comunicación con las siguientes personas (en el orden que aparecen), a quienes autorizo a recoger a mi hijo del establecimiento de cuidado infantil.

(1) Nombre: _____ Dirección _____

Teléfono _____ Teléfono celular _____

(2) Nombre: _____ Dirección _____

Teléfono _____ Teléfono celular _____

Autorizo además a las siguientes personas a recoger a mi hijo del establecimiento de cuidado infantil. (Se recomienda que notifique al proveedor al comienzo del día si a su hijo lo va a recoger alguna de las personas autorizadas.)

Nombre _____ Dirección _____

Teléfono _____ Teléfono celular _____

Nombre del niño _____

Programa del niño e intereses

La siguiente información sobre las actividades habituales de su hijo ayudará a su proveedor a brindarle el mejor cuidado posible. Si una pregunta no es aplicable a su hijo, por favor escriba N/A (no aplicable).

Alimentación:

Horario _____

Alimentos que le gustan y que no le gustan: _____

Alergias a alimentos: _____

Sueño: Horario de siestas: _____

Describe los momentos en que su hijo se pone quejoso, si los tiene: _____

Describe cualquier circunstancia especial o necesidad (por ejemplo: animales de peluche, cuento, humor al despertarse, etc.)

¿Su hijo duerme en: cuna? _____ cama? _____

¿Su hijo duerme recostado sobre su: espalda? _____ costado? _____ estómago? _____

Tenga presente: la Academia Norteamericana de Pediatría (American Academy of Pediatrics) ha determinado que hacer dormir a un niño boca arriba, sobre su espalda, reduce el riesgo de síndrome de muerte infantil súbita de niños pequeños (SMSL), que consiste en la muerte súbita y sin explicación de un bebé de menos de un año. Si su hijo no duerme habitualmente boca arriba (sobre su espalda), comuníquese con su pediatra inmediatamente para hablar sobre la mejor posición para que duerma su bebé. También tómese el tiempo necesario para hablar con el proveedor de cuidado infantil sobre la posición de su hijo para dormir. El proveedor pondrá a su hijo sobre su espalda a menos que haya una indicación por escrito del médico que indique lo contrario.

Uso del baño: ¿Sabe su hijo usar el inodoro? _____ Horarios: _____

Describe cualquier problema recurrente que su hijo tenga relacionado con el uso del baño o de los pañales: _____

Alergias: ¿Tiene su hijo alergias (a alimentos, medicamentos, insectos, etc.)? Si es así, ¿Necesita algún cuidado especial? Además, proporcione al proveedor instrucciones específicas en relación con las alergias de su hijo. _____

Describe los síntomas de las alergias de su hijo: _____

Juego: Actividades favoritas: Bajo techo: _____

Al aire libre: _____

Miedos: Describe los miedos que su hijo pueda tener: _____

Guía de los niños: Describe las medidas que usted toma para manejar la conducta de su hijo en su casa: _____

Necesidades especiales: Describe cualquier necesidad especial médica, física o emocional que su hijo pueda tener: _____

Proporcione cualquier otra información sobre su hijo que usted piense que ayudaría al proveedor en el cuidado de su hijo: _____

Nombre del niño _____

Permisos

Permisos generales (los padres no deben firmar este permiso a menos que los lugares específicos a los que su hijo/a tenga permiso de ir estén en una lista presentada por el proveedor.) Al firmar este formulario, autorizo que mi hijo/a pueda hacer salidas fuera del establecimiento de cuidado infantil.

Por la presente autorizo a _____ a sacar a mi hijo/a _____
(proveedor/asistente)

Fuera del establecimiento de cuidado infantil para realizar las siguientes excursiones: (lugares específicos adonde su hijo/a tiene permiso para ir):

usando los siguientes medios de transporte: _____

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha

No quiero que mi hijo/a haga salidas fuera del establecimiento de cuidado infantil.

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha

Tratamiento médico de emergencia (el Departamento de Educación Temprana y Cuidado recomienda verificar en el hospital de su zona si esta declaración es aceptable)

Por la presente autorizo a _____ a administrar primeros auxilios y CPR
(proveedor/asistente)

mi hijo/a _____, o a llevarlo al hospital para que reciba tratamiento médico en caso de que no puedan localizarme o si el retraso de la atención pudiera poner en peligro la salud de mi hijo/a.

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha

Medicación tópica/pomadas (haga una lista que incluya exclusivamente los medicamentos/pomadas que usted autorice a que el proveedor coloque en la piel de su hijo/a): Ejemplos: bronceador, repelente para insectos, pomada para prevenir la irritación de la piel ocasionada por el pañal.

Tarjeta con información para emergencias

RECORDATORIO: esta tarjeta con información para emergencia es para el kit de primeros auxilios del proveedor. El proveedor debe llevar consigo elementos para primeros auxilios cuando deje el establecimiento de cuidado infantil.

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección de la casa del niño: _____

Teléfono: _____

Instrucciones para localizar al padre/madre o tutor

1. _____
(Nombre, dirección, teléfono de la casa y celular)

2. _____
(Nombre, dirección, teléfono de la casa y celular)

Información de contacto del pediatra o lugar de atención médica

1. _____
(Nombre del médico, dirección, teléfono)

Persona(s) de contacto en caso de emergencia

1. _____
(Nombre, dirección, teléfono de la casa y celular)

2. _____
(Nombre, dirección, teléfono de la casa y celular)

Tratamiento médico de emergencia

Por la presente autorizo a _____ a administrar
(nombre del proveedor/asistente)

primeros auxilios básicos y/o CPR a mi hijo/a _____
(nombre)

o a llevar a mi hijo/a _____, a un hospital para que le brinden
(nombre)

atención médica en caso de que no puedan localizarme o si el retraso de la atención pudiera poner en peligro la salud de mi hijo/a

Padre/madre/tutor

Fecha

Información de seguro médico (opcional)

Nombre del afiliado: _____

Tipo de seguro: _____

Número de póliza: _____

Otras informaciones médicas pertinentes: _____
