



Autorización de inscripción del niño

Nombre del niño (primer nombre y apellido)		Apelativo del niño (sobrenombre, apodo)	
Fecha de nacimiento		Fecha de ingreso bajo cuidado	
		Edad al ingreso	
ALERTA DE ALERGIA		¿Su hijo tiene alguna alergia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, haga una lista de todas las alergias en el reverso del formulario.	
Información de contacto padres o tutor			
Nombre (primer nombre y apellido)		Relación	
Dirección del hogar (calle, ciudad, código postal)			
Teléfono de casa	Teléfono celular	Dirección de correo electrónico	
Empleador y horas de trabajo		Dirección (calle, ciudad, código postal)	Teléfono del trabajo
Nombre (primer nombre y apellido)		Relación	
Dirección del hogar (numero, calle, ciudad, código postal)			
Teléfono de casa	Teléfono celular	Dirección de correo electrónico	
Empleador y horas de trabajo		Dirección (numero, calle, ciudad, código postal)	Teléfono del trabajo
Información obligatoria del contacto de emergencia - una persona que no sea el padre, madre o tutor que está autorizado para recoger al niño			
Nombre (primer nombre y apellido)		Teléfono	Relación
Nombre (primer nombre y apellido)		Teléfono	Relación
Información obligatoria del contacto, pero no de emergencia - una persona que no sea el padre, madre o tutor que está autorizado para recoger al niño			
Nombre (primer nombre y apellido)		Teléfono	Relación
Nombre (primer nombre y apellido)		Teléfono	Relación
Información de contacto de profesionales médicos o dentales			
Proveedor de seguros e información de la póliza (si aplica)			
Nombre del médico de cabecera/primario			Teléfono
Proveedor dental			Teléfono
Autorización del padre, madre o tutor			
Por favor, haga una lista de las restricciones para el permiso de lo siguiente:			
A mi hijo se le podría llevar a paseos o excursiones en autobús o en vehículo privado, así como a excursiones para caminar por el vecindario bajo la supervisión requerida (ver la sección de planes de transporte especial en la parte posterior del formulario). <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Mi hijo puede participar en natación u otras actividades acuáticas bajo la supervisión requerida (OCC requiere que se cuente con un salvavidas aprobado). <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Mi hijo puede ser fotografiado para fines de publicidad o para las noticias <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Esto aplica a <input type="checkbox"/> fotos en el lugar <input type="checkbox"/> fotos fuera del lugar.			
En caso de emergencia , el centro de cuidado infantil tiene mi permiso para llamar a una ambulancia o llevar a mi hijo a cualquier médico u hospital disponible, corriendo los gastos a mi cargo, para obtener tratamiento médico. En la mayoría de casos de emergencias, se llama al 911 y el niño es transportado al hospital más cercano y lo trata el médico de guardia. El padre o tutor del niño recibe una notificación lo antes posible.			
Firma del padre/tutor		Fecha	

Continúa en la parte posterior



Información del niño

¿El niño ha estado anteriormente en el centro de cuidado infantil? **No** **Sí** En caso afirmativo, ¿qué tipo de cuidado y por cuánto tiempo?

Razón para la solicitud de cuidados

Información general del niño

 - Por favor, incluya toda la información que nos ayude a ofrecer una atención de calidad para su hijo

Lo que le gusta y lo que no

Hábitos y horarios de alimentación

Horarios y hábitos de aseo personal

Hábitos y horarios de siesta

Juegos

Temores

¿Cómo le gusta a su niño recibir consuelo cuando se molesta?

Lenguaje que se habla en el hogar del niño

Palabras especiales y sus significados

¿Existen orígenes culturales familiares, tradiciones, creencias o intereses que le gustaría compartir con nosotros?

¿Tiene su hijo necesidades especiales a nivel educativo (IFSP, etcétera)? **No** **Sí** En caso afirmativo, haga una lista de asociados o proveedores de salud que a usted le gustaría que nosotros conociéramos.

Información médica del niño

¿Su hijo tiene necesidades médicas especiales? **No** **Sí** En caso afirmativo, haga una lista de asociados o proveedores de salud que a usted le gustaría que nosotros conociéramos.

¿Tiene alergias su hijo? **No** **Sí** En caso afirmativo, haga una lista a continuación ¿Ha tenido su hijo la varicela? **No** **Sí**

Otros niños en el hogar

Nombre (primer nombre y apellido)	Edad	Género
Nombre (primer nombre y apellido)	Edad	Género
Nombre (primer nombre y apellido)	Edad	Género
Nombre (primer nombre y apellido)	Edad	Género