



# Información de inscripción de cuidado infantil para infantes y niños pequeños

Para ser completada por el padre

Según la regla 414-300-0040(5), se requiere la siguiente información antes de la admisión de cada infante y niño pequeño.

Nombre del centro/hogar de cuidado infantil			Fecha de inscripción
Nombre del niño(a)	Sobrenombre	Fecha de nacimiento	Edad del niño(a) al momento de la inscripción
Nombre del padre(s)			Teléfono (diurno)
<b>Salud</b>			
¿Alguna necesidad especial/médica?			
¿Algún historial médico previo?			
¿Alguna alergia?			
¿Algún medicamento?			
<b>Necesidades individuales</b>			
¿El niño(a) dice algunas palabras? ¿Qué significan?			
¿Qué idiomas se hablan en el hogar?			
¿Cuáles son los juegos, juguetes y cosas favoritas del niño(a)?			
¿Cómo consuela a su hijo(a) cuando él/ella está molesto(a)?			
¿Alguna información que pueda ser importante o útil para los prestadores de cuidado?			
<b>Familia</b>			
Miembros del hogar	Relación		Edad, si es hermano(a)
¿Alguna mascota? Si la respuesta es afirmativa, indique el tipo de mascota.			

Horario diario típico	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 típico?
4:00	
5:00	
Líquidos	Comida
<input type="checkbox"/> Vaso <input type="checkbox"/> Biberón <input type="checkbox"/> Padres en el sitio Leche: <input type="checkbox"/> Leche de fórmula <input type="checkbox"/> Leche entera <input type="checkbox"/> Leche materna <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Leche desnatada Marca: _____ Tipo: <input type="checkbox"/> Polvo <input type="checkbox"/> Listo para comer <input type="checkbox"/> Caliente <input type="checkbox"/> Temperatura ambiente <input type="checkbox"/> Frío 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(s)? _____ Cantidad: _____ Frecuencia: _____	¿Qué come su hijo(a)?
	<input type="checkbox"/> Comida para bebé <input type="checkbox"/> Comida normal
	Tipos/Cantidad: