

## EXPEDIENTE GENERAL Y DECLARACIÓN DE SALUD DEL NIÑO/A PARA SU INGRESO A UNA GUARDERÍA INFANTIL

Este formulario debe completarse para cada niño/a en el momento de la matrícula en una guardería infantil. Cuando haya cambios, debe ser actualizado según sea necesario y debe guardarse en los archivos del centro.

### INFORMACIÓN GENERAL: (a completar por el padre/ madre o tutor)

Nombre del Centro: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle y número – no se permite usar la dirección de un apartado postal Ciudad, Estado, Código Postal

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial del Segundo Nombre Apodo

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de Matrícula: \_\_\_\_\_

Dirección Actual del Niño/a: \_\_\_\_\_  
Calle y Número Ciudad, Estado, Código Postal

Nombre Completo del Padre/Madre o Tutor: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Otro Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre Completo del Padre/Madre o Tutor: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_ Otro Teléfono: \_\_\_\_\_

### Es necesario que haya dos personas autorizadas para obtener tratamiento médico de emergencia para el niño.

1. Persona responsable si el padre/madre o tutor no está disponible para obtener servicios médicos de emergencia:

\_\_\_\_\_  
Nombre Completo Parentesco  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle y Número Ciudad, Estado, Código Postal  
Número(s) de Teléfono: \_\_\_\_\_ Contraseña(s) de la Familia: \_\_\_\_\_

2. Persona responsable si el padre/madre o tutor no está disponible para obtener servicios médicos de emergencia:

\_\_\_\_\_  
Nombre Completo Parentesco  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Número y Calle Ciudad, Estado, Código Postal  
Número(s) de Teléfono: \_\_\_\_\_ Contraseña(s) de la Familia: \_\_\_\_\_

¿Actualmente asiste el niño/a la escuela? (Un kinder para niños de 5 años hasta los 6 años)  Sí  No

Mi niño asistirá con regularidad a este centro **DESDE** las \_\_\_\_\_ de la mañana/tarde **HASTA** las \_\_\_\_\_ de la mañana/tarde

Si el niño no va a asistir con regularidad, anote las horas de cuidado: **DESDE** las \_\_\_\_\_ de la mañana/tarde

**HASTA** las \_\_\_\_\_ de la mañana/tarde

Marque todos los días en que el niño asistirá con regularidad a este centro:

Lun  Mar  Mier  Jue  Vier  Sab  Dom

Marque todas las comidas que el niño va a recibir diariamente:  No se ofrecen comidas  Desayuno

Merienda a Media Mañana  Almuerzo  Merienda de la Tarde  Cena  Merienda Después de la Cena

**INFORMACIÓN DE SALUD:** (a completar por el padre/madre o tutor)

Médico Familiar o Recurso de Salud: \_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Calle y Número Ciudad, Estado, Código Postal N° de Teléfono

Proveedor de Servicios Médicos de Emergencia: \_\_\_\_\_  
Nombre del Centro de Servicios Médicos de Emergencia

\_\_\_\_\_  
Calle y Número Ciudad, Estado, Código Postal N° de Teléfono

Proveedor de Cuidado Dental: \_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Calle y Número Ciudad, Estado, Código Postal N° de Teléfono

Proveedor de Seguro Médico: \_\_\_\_\_

Certificado de Inmunizaciones:  Sí  No  N/A Explique, por favor: \_\_\_\_\_

**Mi hijo tiene las siguientes condiciones médicas tales como alergias, asma, diabetes, epilepsia, etc. y/o toma con regularidad los siguientes medicamentos:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Comentarios Adicionales: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Yo certifico que según mi leal saber y entender \_\_\_\_\_  
Nombre del Niño/a

goza de buena salud mental y física y es capaz de participar en el programa de cuidado infantil en

\_\_\_\_\_  
Nombre de la Guardería Infantil

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Padre/Madre o Tutor

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Director/operador o Empleado Designado