

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