



(Complete el paquete del registro para el/la educador/a.) Complete el formulario por completo - N/A en las áreas que no correspondan.

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de Admisión: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Terminación: _____
Nombre Completo del Niño/a: _____ Apodo: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____
Número de Teléfono: _____ Idioma Principal: _____
Color de los Ojos: _____ Color del Cabello: _____ Sexo: _____ Altura: _____ Peso: _____

Alergias/Dietas Especiales: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR (Ambos):

Padre/Tutor #1: _____ Padre/Tutor #2: _____
Dirección #1 (si diferente): _____ Dirección #2: _____
Teléfono #1: _____ Teléfono #2: _____
Celular #1: _____ Celular #2: _____
Trabajo #1: _____ Trabajo #2: _____

Ubicación del Padre/Tutor durante el horario de cuidado infantil (dirección) Especifique si en trabajo o escuela, u otro:

Padre/Tutor #1: _____ Padre/Tutor #2: _____
Instrucciones Especiales: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA / PERSONAS AUTORIZADAS Y NO AUTORIZADAS PARA RECOGER:

#1 Nombre: _____ Dirección: _____
Teléfono: _____ Celular: _____ Trabajo: _____
#2 Nombre: _____ Dirección: _____
Teléfono: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

☐ Si, autorizo a la siguiente persona para recoger a mi niño/a: (nombre) _____ del cuidado infantil.

(Notifique al educador(a) al comienzo del día cuando una de las personas autorizadas recogerá a su niño/a.)

#1 Nombre: _____ Dirección: _____
Teléfono: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Persona(s) no autorizadas: _____

DÍA	ENTRADA/SALIDA	ENTRADA/SALIDA	DÍA	ENTRADA/SALIDA	ENTRADA/SALIDA	DÍA	ENTRADA/SALIDA	ENTRADA/SALIDA
Lunes			Martes			Miercoles		
Jueves			Viernes			Miercoles		
Domingo								

CHILD CARE NEED - SCHEDULE

RECONOCIMIENTO DE LA HOJA DE DATOS PARA LOS PADRES Y AVISO DE VISITA PARA LOS PADRES (Primeras dos páginas del paquete de registro.)

☐ Si, reconozco que he leído y recibido las dos primeras páginas: Hoja Informativa Para Padres desarrollada por EEC y entiendo que puedo visitar a mi educador (a), _____ sin previo aviso en cualquier momento durante las horas en que mi niño(a) está bajo cuidado.

SOLO PARA NIÑOS DE EDAD ESCOLAR

Nombre de la Escuela a la cual el niño(a) asiste: _____

Address: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____

Yo certifico que la documentación del examen físico y las vacunas de acuerdo con los requisitos de salud de la escuela publica, y el examen de detección por intoxicación con plomo, de acuerdo con los requisitos de salud publica, están en los archivos de la escuela de mi hijo/a.

Iniciales del Padre/Tutor: _____

FIRMA REQUERIDA: _____ **FECHA REQUERIDA:** _____

PEDIATRA O FUENTE DE SALUD

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO (Opcional)

Nombre del Beneficiario Principal: _____ Poliza #: _____

ENUMERE CUALQUIER PREOCUPACIÓN MÉDICA, MEDICAMENTOS O DISCAPACIDADES (ASMA, ALERGIAS O CUALQUIER CONDICIÓN DE SALUD).

INSTRUCCIONES ESPECIALES: _____



☐ SI Autorizo a mi educador/a y/o asistente a sacar a mi niño/a de la casa en caso de una emergencia.

FIRMA REQUERIDA: _____

☐ SI Autorizo a Child Development y a mi educador/a a realizar una evaluación educativa y de desarrollo de mi niño/a y a proporcionarme la información.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR _____

FIRMA DE PERSONAL DE CDE _____

Permisos (por cada niño/a inscrito/a)

Permiso General-(Transporte Basico) (Los padres no deben firmar este permiso a menos que los lugares a los cuales usted autoriza a ir a su hijo/a estén específicos y enumerados por su educador/a.)

Al firmar este formulario, estoy permitiendo que mi niño/a sea llevado/a fuera de las instalaciones de cuidado infantil.

Por medio de la presente, otorgo permiso a _____ (educador/a y/o asistente) para llevar a mi hijo/a _____ fuera de las instalaciones del cuidado infantil para las siguientes excursiones.

(lista de lugares específicos a los que permite ir a su hijo/a):

utilizando los siguientes medios de transporte:

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

☐ **No quiero que mi niño/a sea llevado/a fuera de las instalaciones del cuidado infantil.**

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

Permiso Para el Traslado a Centros Médicos y Para Recibir Tratamiento Médico de Emergencia

Tratamiento Médico de Emergencia (El Departamento de Educación Temprana y Cuidado Infantil recomienda consultar con su hospital local sobre la aceptación de esta declaración)

Por medio de la presente, otorgo permiso a _____ (educador(a)/asistente) para administrar los primeros auxilios básicos y/o RCP a mi hijo(a), _____ y/o llevar a mi hijo(a) a un hospital para recibir tratamiento médico en caso de que yo no pueda llegar o de que mi retraso ponga en riesgo la salud del niño(a).

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

Medicamentos tópicos/pomadas (Por favor escribe solamente los medicamentos/pomadas que permitirá que el educador(a) aplique sobre la piel a su hijo/a): Ejemplo: bloqueador solar, repelente de insectos, pomada para el cambio de pañales.

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____



Formulario de Actualización Anual

Las regulaciones exigen que todos los registros de los niños se revisen y actualicen según sea necesario, pero al menos una vez al año. Todos los formularios de autorización por escrito son válidos durante un año a partir de la fecha en que se firman a menos que se retire el consentimiento por escrito antes de esa fecha.

Revise la información contenida en este registro y haga correcciones necesarias. Al firmar este formulario, usted declara que le da permiso al educador(es) para:

1. Transportar a su hijo/a a un centro médico y recibir tratamiento médico de emergencia.***
2. Administrar primeros auxilios básicos y/o resucitación cardiopulmonar (RCP) a su hijo/a.
3. Sacar a su hijo/a de las instalaciones del hogar de cuidado infantil familiar para las excursiones especificadas.
4. Aplicar los medicamentos tópicos enumerados en el formulario de autorización correspondiente.
5. Usar la piscina del lugar (si corresponde).

*** Los formularios de permiso reales en la Tarjeta/Formulario de Emergencia que el/la educador/a debe llevar con el/ella cuando sale de las instalaciones deben firmarse nuevamente.

FIRMA REQUERIDA: _____ **FECHA REQUERIDA:** _____



Formulario de Plan de Salud Individual

El plan deber ser renovado anualmente o cuando cambie la condición del niño/a

(MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA)

PLAN FUE CREADO POR:

- ☐ Padre
☐ Doctor ó Practicante con Licencia
☐ Consultor de atención médico del programa
☐ Niño/a de edad escolar (9+ años de edad)
☐ Otro: _____

PLAN ESTÁ MANTENIDO POR:

- ☐ Director
☐ Asistente del Director
☐ Educador/a del Niño/a
☐ Otro: _____

Foto del Niño/a



Nombre del Niño/a: _____ Fecha: _____

Cualquier cambio en el Plan de Salud del niño/a? SI ☐ (indique los cambios abajo) No ☐ (ufirmas actualizadas del médico/padre requeridas)

Nombre de la condición crónica de salud:

Descripción de la condición crónica de salud:

Síntomas:

El tratamiento médico necesario, mientras está en el programa:

Los posibles efectos secundarios del tratamiento:

Posibles consecuencias si el tratamiento no se administra:

Nombre de los educadores que recibieron entrenamiento sobre como hacer frente a la condición médica:

Persona que entrenó al educador (Practicante de atención médica del niño/a, padre del niño/a, Consultor de atención médica del programa):

Nombre del Practicante Licenciado de Salud (en letra de molde): _____

Autorización del Practicante Licenciado de Salud: _____ Fecha: _____

Firma de consentimiento del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Para los niños mayores SOLAMENTE (9+ años de edad)

Con el consentimiento escrito de los padres y la autorización del Practicante Licenciado de Salud, este Formulario de Plan de Salud Individual permite a los niños mayores en edad escolar cargar su propio inhalador y/o auto-inyector de epinefrina y utilizarlos como sea necesario sin la supervisión directa de un educador.

El educador tiene conocimiento de los contenidos y requisitos del Plan de Salud del niño/a especificando cómo se mantendrá el inhalador o epinefrina auto-inyector asegurado contra el acceso de otros niños en el programa. Cuando un Plan de Salud Individual autoriza a un niño/a para llevar su propia medicación, el educador está obligado a mantener en el programa una fuente de reserva del medicamento para uso cuando sea necesari.

Edad del niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fuente de reserva de medicamento recibido? Si ☐ No ☐

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Administrador: _____ Fecha: _____



Completar solo para niños menores de 2 años

Historial del Desarrollo y Los Antecedentes

Las regulaciones para programas de cuidado infantil licenciados requieren esta información para poder atender las necesidades de los niños, mientras atiendan el programa.

(*Nota: Favor de proporcionar información para bebés y niños pequeños marcados con *, según corresponda a la edad de su hijo/a)

Historial de Desarrollo

La edad en que empezó sentarse: _____ Gatear: _____ Caminar: _____ Hablar: _____

*Su hijo/a se inclina hacia arriba? _____ * Gatear? _____ *Camina con apoyo? _____

Alguna dificultad en el habla? _____

Palabras especiales para describir las necesidades: _____

Idioma(s) hablado(s) en casa: _____ *Algún historial de cólico? _____

*Su hijo/a usa chupa/bobo o se chupa el dedo? _____ *Cuando? _____

*Su hijo/a tiene momentos de inquietud/susceptibilidad? _____ *Cuando? _____

*Usted cómo maneja esta situación? _____

Salud

Alguna complicación al nacer? _____

Enfermedades graves y/o hospitalizaciones: _____

Condiciones físicas especiales o discapacidades: _____

Alergias: por ejemplo, asma, alergias nasales, picaduras de insectos, medicamentos, reacciones a los alimentos:

Medicamentos habituales: _____

Hábitos Alimenticios

Características especiales o dificultades: _____

*Si el infante/bebe está en una formula especial, por favor describir su preparación en detalle:

Comidas favoritas: _____

Los alimentos que no le gustan: _____

* Su niño/a es alimentado/a en sus brazos? _____ *En una silla de bebé? _____

*Su hijo come con: Cuchara? _____ Tenedor? _____ Con las manos? _____

Hábitos de Aseo/Baño

*Usa pañales desechables o de telad? _____

*Es frecuente la aparición de dermatitis? _____

*Usted utiliza: Aceite para bebé: _____ Polvo: _____ Loción: _____ Otro: _____

*Los movimientos intestinales son regulares? _____ Cuántos por día? _____

*Algún problema con la diarrea? _____ Estreñimiento? _____

*Esta entrenando para usar el baño? _____

*Por favor describa cualquier procedimiento especial que deba ser utilizado para su hijo/a en el programa para ir al baño:

Qué se usa en el hogar: Bacinica? _____ Asiento especial para niños? _____ Asiento regular? _____

Cómo indica su hijo/a su necesidad de usar el baño (incluye palabras especiales): _____

Su hijo/a se rehúsa a usar el baño? _____ El niño/a tiene accidentes? _____



Hábitos de Sueño

**Duerme su hijo/a en: Cuna? _____ Cama? _____

Su hijo/a se cansa durante el día o toma una siesta (incluya cuando y por cuanto tiempo)?

Por favor Note: La Academia Americana de Pediatría ha determinado que poner a un bebé a dormir sobre su espalda reduce el riesgo de Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL). El SIDS es la muerte repentina e inexplicable de un bebé menor de un año de edad. Si su hijo/a no suele dormir sobre su espalda, por favor póngase en contacto con su médico inmediatamente para discutir la mejor posición al dormir para su bebé. Por favor, tómese el tiempo para discutir la posición de dormir de su hijo/a con su educador/a. Su educador/a pondrá a su bebé sobre su espalda a menos que haya una orden médica por escrito que especifique lo contrario.

Iniciales del Padre/Tutor: _____

A que hora su hijo/a: Va a la cama en la noche? _____ Se levanta en la ma? _____

Describir todas las características especiales o necesidades (animales de peluche, una historia, el estado de ánimo al levantarse, etc.):

Relaciones Sociales

Como describiría a su hijo/:

Experiencia previa con otros niños y/o cuidado infantil: _____

Reacción a los extraños: _____ Es capaz de jugar solo: _____

Juguetes y actividades favoritas:

Temores (a la oscuridad, a los animales, etc.):

Cómo consuelas a su hijo/a?: _____

Cuál es el método de control de la conducta/disciplina en el hogar?: _____

Qué le gustaría que su hijo/a obtuviera durante su experiencia en el programa de cuidado infantil?

Horario Diario

Por favor describa el horario de su hijo/a en un día típico. *Para los bebés, por favor incluya la hora de despertarse, de comer, el tiempo fuera de la cuna/cama, de dormir la siesta, de los hábitos de aseo, de los momentos de susceptibilidad, y de antes de acostarse en la noche, etc.

Hay algo más que deberíamos saber acerca de su hijo/a?

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____



Nombre de Padre/Tutor: _____

Dirección: _____

Nombre del Niño: _____

Fecha de Nacimiento del Niño: _____

Nombre de la Escuela: _____

Dirección de la Escuela: _____

Certifico que la documentación de un examen físico y la inmunización, de acuerdo con los requisitos de salud de las escuelas publicas, y la detección de envenenamiento por plomo, de acuerdo con los requisitos de salud publica, se encuentran archivados en la escuela de mi hijo/a.

Firma de Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____