

01 INDEX
PROCEDIMIENTOS DE ADMISIÓN

**1. Información de Emergencia y Autorización para Recibir
Tratamiento y Transporte**

(7.707.41.B14, 7.707.5.A4, 7.707.5.B5, 7.707.51.A8, 7.707.71.B1)

2. Muestra de Registro de Inscripción de los Niños

(7.707.41.B1, 7.707.5.A4, 7.707.5.B1-6, 7.707.51.A1-7)

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO Y TRANSPORTE

Nombre del Niño _____ Sobrenombre _____ Fecha de Nacimiento _____
Apellido Nombre

Dirección del Hogar _____ Teléfono del Hogar _____
Calle Ciudad/Estado Código Postal

Nombre del Padre/Tutor _____ Teléfono Celular/Buscapersonas _____
Apellido Nombre

Empleador / Escuela _____
Dirección de Empleador/Escuela _____ Teléfono _____ Ext. _____
Calle Ciudad/Estado Código Postal

Nombre del Padre/Tutor _____ Teléfono Celular/Buscapersonas _____
Apellido Nombre

Empleador / Escuela _____
Dirección de Empleador/Escuela _____ Teléfono _____ Ext. _____
Calle Ciudad/Estado Código Postal

Contacto de Emergencia Alternativo:

(1) _____
Nombre Relación Teléfono Teléfono Celular Buscapersonas
Dirección _____

(2) _____
Nombre Relación Teléfono Teléfono Celular Buscapersonas
Dirección _____

(Frente de la Tarjeta)

Personas Adicionales Autorizadas para Recoger al Niño:

(1) _____
Nombre Relación Teléfono Teléfono Celular Buscapersonas
Dirección _____

(2) _____
Nombre Relación Teléfono Teléfono Celular Buscapersonas
Dirección _____

Sede de Cuidado Médico _____
Nombre Dirección (si la sabe) Teléfono Buscapersonas

Alergias/Reacciones _____

Enfermedades Crónicas/Necesidades Especiales _____

Medicamentos _____

Información de Seguro Médico _____

Autorización para cuidado médico y transporte de emergencia:

En el caso de una emergencia, yo autorizo al personal de cuidado de niños a buscar cuidado médico de emergencia para mi niños, incluyendo transporte a la sede de cuidado médico más cercana, para recibir tratamiento médico o quirúrgico. Entiendo que se hará un esfuerzo concienzudo para ubicarme, y acepto el costo del cuidado y del transporte.

Firma del Padre/Tutor **Fecha** **Firma del Padre/Tutor** **Fecha**

Sede de Cuidado de Niños _____
Nombre Dirección Teléfono Teléfono Celular

EJEMPLO DE REGISTRO DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO

Fecha de Inscripción _____

Nombre del Niño _____ Sobrenombre _____

Dirección _____

Teléfono del Hogar _____ Sexo M F Edad _____ Fecha de Nacimiento _____

Miembros de la Familia: _____

Nombre de la Madre o Tutor _____

Dirección si es distinta a la del niño _____

Código Postal _____ Teléfono del Hogar _____ Teléfono Celular _____

Dirección de Correo Electrónico _____

Nombre del empleador (madre/tutor) _____

Dirección del empleador (madre/tutor) _____ Teléfono del Trabajo _____

Nombre del Padre o Tutor _____

Dirección si es distinta a la del niño _____

Código Postal _____ Teléfono del Hogar _____ Teléfono Celular _____

Dirección de Correo Electrónico _____

Nombre del empleador (padre/tutor) _____

Dirección del empleador (padre/tutor) _____ Teléfono del Trabajo _____

Instrucciones especiales para contactar al padre o tutor _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

1. Nombre _____ Teléfono del Hogar _____

Dirección _____

Teléfono del Trabajo _____ Relación con el niño _____

2. Nombre _____ Teléfono del Hogar _____

Dirección _____

Teléfono del Trabajo _____ Relación con el niño _____

INFORMACIÓN PARA RECOGER AL NIÑO

**Personas autorizadas a recoger a su niño
(Debe mostrar identificación con fotografía)**

Nombre _____

Teléfono del Hogar _____ **Teléfono del Trabajo** _____

Nombre _____

Teléfono del Hogar _____ **Teléfono del Trabajo** _____

Nombre _____

Teléfono del Hogar _____ **Teléfono del Trabajo** _____

Nombre, dirección y teléfono del doctor del niño _____

Nombre, dirección y teléfono del dentista del niño _____

- Hospital de Preferencia (Por favor, marque uno)**
- The Children's Hospital**
13123 East 16th Avenue
Aurora, CO 80045
720-777-12
 - Agregue el Hospital Local más cercano**
 - Agregue el Hospital de Kaiser Permanente más cercano**
 - Otro** _____

Condiciones médicas crónicas _____

¿Tiene un niño un plan de cuidado médico? _____ **Si es sí, se debe proveer el plan de cuidado médico antes o durante el primer día en que le niño reciba cuidado.**

¿Ha recibido su niño todas las vacunas? _____ **Se debe proveer un registro completo de las vacunas antes o durante el primer día en que le niño reciba cuidado.**

Alergias a alimentos _____

HISTORIA MÉDICA

(Crónica o recurrente)

Infecciones de oído _____

Diabetes _____

Condición/defecto cardíaco _____

Convulsiones/apoplejía _____

Asma _____

Sangramiento por la nariz _____

Sarampión _____

Paperas _____

Varicela _____

Influenza o Vacuna contra la Influenza _____

ALERGIAS

(Naturaleza de la reacción)

Fiebre del heno _____

Intoxicación por plantas _____

Picaduras de insectos _____

Penicilina _____

Otros medicamentos _____

Animales _____

Alimentos _____

Otra _____

Operaciones o lesiones serias (fechas) _____

¿Toma el niño algún medicamento? (Explique) _____

Si es sí, por favor describa _____

Limitaciones físicas _____ Describe _____

Limitaciones en la dieta _____ Describe _____

Visión _____ Audición _____

¿Hay alguna actividad en la que usted prefiere que su niño **NO** participe?

Si es así, por favor enumérelas: _____

Autorización de Cuidado Médico en Caso de Emergencia

Yo, autorizo a _____ a llamar a un doctor o a un servicio médico de emergencia y para que el doctor, hospital o servicio médico provea cuidado médico o quirúrgico de emergencia a mi niño, _____.

Entiendo que el proveedor de cuidado de niños hará un esfuerzo concienzudo para ubicar a los padres/tutores y a los contactos de emergencia enumerados en el documento de registro, antes de tomar cualquier acción. Si no es posible ubicar a los contactos de emergencia, el tratamiento médico no será demorado. Yo/nosotros asumiremos el costo del transporte de emergencia y del tratamiento médico o quirúrgico.

Firma de los Padre/Tutores

_____ Fecha _____

_____ Fecha _____