

INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN Y EMERGENCIA

GUARDERÍAS INFANTILES/HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS

A completarse por el padre/madre o el representante autorizado

NOMBRE DEL NIÑO	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	SEXO	TELÉFONO ()
DIRECCIÓN	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
					FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL/ PAREJA DOMÉSTICA DEL PADRE	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELÉFONO DEL TRABAJO ()	
DIRECCIÓN DEL HOGAR	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
					TELÉFONO DEL HOGAR ()
NOMBRE DE LA MADRE/TUTOR LEGAL/ PAREJA DOMÉSTICA DE LA MADRE	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELÉFONO DEL TRABAJO ()	
DIRECCIÓN DEL HOGAR	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
					TELÉFONO DEL HOGAR ()
PERSONA RESPONSABLE DEL NIÑO	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELÉFONO DEL HOGAR ()	TELÉFONO DEL TRABAJO ()

PERSONAS ADICIONALES QUE SE PUEDEN LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	PARENTESCO/ RELACIÓN

MÉDICO O DENTISTA QUE SE DEBE LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

MÉDICO	DIRECCIÓN	NOMBRE Y NÚMERO DEL PLAN MÉDICO	TELÉFONO ()
DENTISTA	DIRECCIÓN	NOMBRE Y NÚMERO DEL PLAN MÉDICO	TELÉFONO ()

SI NO SE PUEDE HABLAR CON EL MÉDICO, ¿QUE ACCIÓN SE DEBE DE TOMAR?

LLAMAR AL HOSPITAL DE EMERGENCIA OTRA EXPLIQUE: _____

NOMBRE DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA LLEVARSE AL NIÑO DEL ESTABLECIMIENTO

(AL NIÑO NO SE LE PERMITIRÁ SALIR CON NINGUNA OTRA PERSONA SIN AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO.)

NOMBRE	PARENTESCO/RELACIÓN

HORA EN QUE SE PASARÁ A BUSCAR AL NIÑO

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL O REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA
--	-------

A COMPLETARSE POR EL DIRECTOR/ADMINISTRADOR DEL ESTABLECIMIENTO O POR LA PERSONA CON LICENCIA DEL HOGAR QUE PROPORCIONA CUIDADO DE NIÑOS

DATE OF ADMISSION	DATE LEFT
-------------------	-----------

IDENTIFICATION AND EMERGENCY INFORMATION CHILD CARE CENTERS/FAMILY CHILD CARE HOMES

To Be Completed by Parent or Authorized Representative

CHILD'S NAME	LAST	MIDDLE	FIRST	SEX	TELEPHONE ()
ADDRESS	NUMBER	STREET	CITY	STATE	ZIP
BIRTHDATE					
FATHER'S/GUARDIAN'S/FATHER'S DOMESTIC PARTNER'S NAME	LAST	MIDDLE	FIRST	BUSINESS TELEPHONE ()	
HOME ADDRESS	NUMBER	STREET	CITY	STATE	ZIP
HOME TELEPHONE ()					
MOTHER'S/GUARDIAN'S/MOTHER'S DOMESTIC PARTNER'S NAME	LAST	MIDDLE	FIRST	BUSINESS TELEPHONE ()	
HOME ADDRESS	NUMBER	STREET	CITY	STATE	ZIP
HOME TELEPHONE ()					
PERSON RESPONSIBLE FOR CHILD	LAST NAME	MIDDLE	FIRST	HOME TELEPHONE ()	BUSINESS TELEPHONE ()

ADDITIONAL PERSONS WHO MAY BE CALLED IN AN EMERGENCY

NAME	ADDRESS	TELEPHONE	RELATIONSHIP

PHYSICIAN OR DENTIST TO BE CALLED IN AN EMERGENCY

PHYSICIAN	ADDRESS	MEDICAL PLAN AND NUMBER	TELEPHONE ()
DENTIST	ADDRESS	MEDICAL PLAN AND NUMBER	TELEPHONE ()

IF PHYSICIAN CANNOT BE REACHED, WHAT ACTION SHOULD BE TAKEN?

CALL EMERGENCY HOSPITAL OTHER EXPLAIN: _____

NAMES OF PERSONS AUTHORIZED TO TAKE CHILD FROM THE FACILITY

(CHILD WILL NOT BE ALLOWED TO LEAVE WITH ANY OTHER PERSON WITHOUT WRITTEN AUTHORIZATION FROM PARENT OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE)

NAME	RELATIONSHIP

TIME CHILD WILL BE CALLED FOR

SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE	DATE
---	------

TO BE COMPLETED BY FACILITY DIRECTOR/ADMINISTRATOR/FAMILY CHILD CARE HOMES LICENSEE

DATE OF ADMISSION	DATE LEFT
-------------------	-----------