

ESTADO DE NUEVA YORK
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
REGISTRO DE CUIDADO DIURNO

**FOTO DEL NIÑO(A)
 (Opcional)**

Nombre Completo del Niño(a):

¿Tiene su hijo(a) alergias? Sí No
 Si respondió "Sí", ¿a qué es alérgico(a) su hijo(a)?

Los niños que tienen necesidades especiales de salud son aquéllos cuyas condiciones físicas crónicas, de desarrollo y de comportamiento se espera que duren 12 meses o más y cuyos servicios de salud u otros relacionados requieren atención médica que va más allá de los que un niño(a) normal pueda requerir. Si su hijo(a) tiene necesidades especiales de salud, por favor discuta esto con el proveedor(a) de cuidado.

Nombre del Médico Principal que Atiende al Niño(a):

Número de Teléfono:

Nombre del Dentista que Atiende al Niño(a):

Número de Teléfono:

Nombre del Establecimiento de Cuidado Médico/Hospital:

Número de Teléfono:

¿Desea información sobre Child Health Plus? Sí No

DATOS DE EMERGENCIA	PARENTESCO	NOMBRE DE CONTACTO	NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE LA PROVISIÓN DE CUIDADO INFANTIL	OTRO NÚMERO DE TELÉFONO <i>(Verifique el tipo)</i>
				<input type="checkbox"/> Buscador <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Otro
				<input type="checkbox"/> Buscador <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Otro
				<input type="checkbox"/> Buscador <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Otro
				<input type="checkbox"/> Buscador <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Otro

Proveedor(a)/Establecimiento de Cuidado Diurno Nombre y Dirección:

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO(A):		SEX: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
DIRECCIÓN DEL HOGAR DEL NIÑO(A):		FECHA DE NACIMIENTO:
		NO. DE TELÉFONO DE CASA:
FECHA DE ACEPTACIÓN:	FECHA DE RETIRO:	
NOMBRE DE LA PERSONA SOLICITANDO POR EL NIÑO(A):	<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor(a)	NO. DE TELÉFONO DE CASA:
	<input type="checkbox"/> Proveedor(a) de Cuidado <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Otro _____	NO. DE TELÉFONO DE DÍA:
DIRECCIÓN DE LA PERSONA LISTADA ARRIBA: (SI ES DIFERENTE A LA DEL NIÑO(A)):		
<p>CONSENTIMIENTOS</p> <p>Yo consiento a la inscripción del niño(a) nombrado anteriormente en este establecimiento y he sido notificado(a) de las prácticas relativas a la administración de medicamentos, honorarios, transportación y los servicios provistos por el establecimiento y las regulaciones de la Oficina de Servicios para Niños y Familias bajo las que opera el establecimiento.</p> <p>Consiento a que mi hijo(a) participe en viajes en el vecindario (i.e. biblioteca, parque y patio de recreo fuera del establecimiento, bajo la supervisión apropiada. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso de un accidente o daño, yo autorizo toda y cualquier atención de emergencia médica, dental, intervención quirúrgica y/u hospitalización recomendada por los médicos, cirujanos u hospital (listados en el reverso de esta tarjeta) necesarios para el bienestar de mi hijo(a). <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>He provisto información sobre las necesidades especiales de mi hijo(a) (alergias, dieta, incapacidades, e/o información médica) al proveedor(a), según sea necesario para ayudar a que el establecimiento cuide a mi hijo(a) adecuadamente en caso de una emergencia. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Consiento a revisar y actualizar esta información cada vez que ocurra un cambio y por lo menos una vez cada seis meses. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>		
FIRMA – PADRE/MADRE O PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE		FECHA: