

<b>Formulario de inscripción para cuidado infantil (para programas de hogares familiares o centros) Child Care Registration Form (for family home or center program)</b>		Fecha en que el niño ingresó al cuidado	Fecha en que el niño dejó el cuidado
Nombre del niño (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)		Nombre que usa (apodo)	Fecha de nacimiento
Dirección		Ciudad	Código postal
Nombre del padre, la madre o el tutor del niño	Encierre el mejor número para llamarle mientras cuidamos al niño		
	teléfono celular ( ) -	teléfono de casa ( ) -	teléfono alternativo ( ) -
Dirección		Ciudad	Código postal
Nombre del padre, la madre o el tutor del niño	Encierre el mejor número para llamarle mientras cuidamos al niño		
	teléfono celular ( ) -	teléfono de casa ( ) -	teléfono alternativo ( ) -
<i>Otorgo mi permiso para que se comuniquen con cualquiera de las siguientes personas y le hagan entrega de mi niño. Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____</i>			
<b>En caso de emergencia, si no pueden comunicarse conmigo, contacten a la siguiente persona:</b>			
Nombre (nombre y apellido)	teléfono celular	teléfono de casa	teléfono alternativo
	( ) -	( ) -	( ) -
	( ) -	( ) -	( ) -
	( ) -	( ) -	( ) -
	( ) -	( ) -	( ) -
Estas personas también tienen permiso para recoger a mi niño:			
Nombre (nombre y apellido)	teléfono celular	teléfono de casa	teléfono alternativo
	( ) -	( ) -	( ) -
	( ) -	( ) -	( ) -
	( ) -	( ) -	( ) -
	( ) -	( ) -	( ) -
<b>Información sobre la salud del niño</b>			
Proveedor de atención médica del niño o institución médica preferida de los padres o tutores Nombre: _____ Teléfono: ( ) - Dirección: _____		Último examen físico del niño, de haberlo	
Proveedor de atención dental del niño o institución dental preferida de los padres o tutores Nombre: _____ Teléfono: ( ) - Dirección: _____		Último examen dental del niño, de haberlo	
Trastornos de salud conocidos (se requiere un plan de cuidado individual del proveedor de atención médica del niño si tiene alguna alergia a alimentos o necesita una dieta especial debido a un trastorno médico).			

**Consentimiento para dar atención médica y tratamiento a niños menores de edad**

Otorgo mi permiso para que mi niño, \_\_\_\_\_ pueda recibir primeros auxilios o tratamiento de emergencia por parte del encargado de cuidado infantil o el personal calificado de:

Nombre del licenciario: \_\_\_\_\_

Dirección del licenciario: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Cuando no puedan comunicarse conmigo, autorizo y consiento que un médico autorizado, proveedor de atención médica, hospital o personal de servicios de emergencias administre tratamiento y procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios a mi niño cuando el médico o personal de servicios de emergencia lo considere necesario o aconsejable para salvaguardar la salud de mi niño. Renuncio a mi derecho de consentimiento informado para dicho tratamiento.

También otorgo mi permiso para que mi niño sea trasladado en ambulancia o vehículo de emergencias a un centro de emergencias para recibir tratamiento.

Certifico bajo pena de perjurio de acuerdo con las leyes del estado de Washington que esta información es verdadera y correcta.

Firma del padre/madre/tutor

Fecha

Firma del padre/madre/tutor

Fecha