

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
-------------------	-----------