

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 |
|-------------------|-----------|