

Historial de salud e inscripción del niño – Cuidado infantil certificado

CHILD ENROLLMENT AND HEALTH HISTORY – CERTIFIED CHILD CARE

Uso del formulario: el uso de este formulario es obligatorio según DCF 202.08(12). En caso de no cumplir con los reglamentos del programa, podría emitirse una declaración de incumplimiento. La información personal que proporcione puede usarse para fines secundarios [Privacy Law, s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes].

Instrucciones – Padre/tutor: El padre/tutor deberá llenar el formulario por completo, firmarlo y presentarlo al operador certificado antes del primer día de asistencia del niño. No deje ningún campo en blanco. Si no corresponden, ingrese "N/C" o "ninguno". El padre/tutor debe mantener una comunicación constante con el operador de cuidado infantil, para garantizar que la información de este formulario se mantenga actualizada. Al inscribir a un niño menor de dos años, también debe haber en el archivo un DCF-F-CFS0061-E *Intake for Child Under 2 Years – Child Care Centers* completado, antes del primer día de asistencia del niño.

Instrucciones – Cuidado infantil: se deberá obtener el formulario completado y firmado antes del primer día de asistencia del niño, deberá guardarse en el archivo del niño del lugar y deberá estar disponible para que sea revisado por el organismo regulador. Revise el formulario para asegurarse de que no hayan quedado campos en blanco. Preste especial atención a los campos de la Fecha de nacimiento y del Primer día de asistencia, y verifique que el formulario haya sido firmado por el padre y fechado. El operador de cuidado infantil mantendrá un sistema de comunicación con el padre/tutor, para garantizar que la información de este formulario se mantenga actualizada. Al final de este formulario, se encuentra disponible una sección en la que el operador puede registrar las fechas en las que revisó o actualizó la información del formulario. Al inscribir a un niño menor de dos años, también debe haber en el archivo un DCF-F-CFS0061-E *Intake for Child Under 2 Years – Child Care Centers* completado, antes del primer día de asistencia del niño.

A. INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre (apellido, nombre, segundo nombre)	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Primer día de asistencia
Domicilio de la casa (calle, ciudad, código postal)	Número de teléfono	

B. PADRE O TUTOR – Todos los padres/tutores tienen permitido visitar el centro durante el horario de atención y recoger al niño, a menos que una orden judicial prohíba o restrinja el acceso. Adjunte la orden judicial, de haberla.

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1. Nombre y relación con el niño | Dirección de correo electrónico donde se la pueda contactar mientras el niño está bajo cuidado |
|----------------------------------|--|

Domicilio particular (calle, ciudad, estado, código postal)

Núm. de teléfono fijo/móvil

- | | |
|---|--|
| 2. ¿El niño reside en este lugar? | Lugar y núm. de teléfono del trabajo |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dirección de correo electrónico donde se la pueda contactar mientras el niño está bajo cuidado |

Domicilio particular (calle, ciudad, estado, código postal)

Núm. de teléfono fijo/móvil

- | | |
|---|--|
| 3. ¿El niño reside en este lugar? | Lugar y núm. de teléfono del trabajo |
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dirección de correo electrónico donde se la pueda contactar mientras el niño está bajo cuidado |

Sí No

C. PERSONAS AUTORIZADAS – Personas, además de los padres/tutores, que estén autorizadas para recoger al niño o aceptarlo en caso de que se lo dejen. De no haber ninguna persona autorizada, escriba "Ninguna".

1. Nombre y relación con el niño

Núm. de teléfono fijo/móvil

Dirección de correo electrónico donde se la pueda contactar mientras el niño está bajo cuidado

Lugar y núm. de teléfono del trabajo

2. Nombre y relación con el niño

Núm. de teléfono fijo/móvil

Dirección de correo electrónico donde se la pueda contactar mientras el niño está bajo cuidado

Lugar y núm. de teléfono del trabajo

- D. CONTACTO DE EMERGENCIA** – La persona que será notificada en un caso de emergencia cuando no se pueda contactar a los padres/tutores.
- Sí No Esta persona está autorizada para recoger al niño.

Nombre y relación con el niño

Dirección de correo electrónico donde se la pueda contactar mientras el niño está bajo cuidado

Nombre	Lugar y núm. de teléfono del trabajo	Núm. de teléfono fijo/móvil
--------	--------------------------------------	-----------------------------

E. ESTABLECIMIENTO MÉDICO O PROFESIONAL MÉDICO

Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal)	Número de teléfono
--	--------------------

F. HISTORIAL DE SALUD Y PLAN DE ATENCIÓN DE EMERGENCIA Si está disponible, adjunte cualquier información del plan de atención médica del médico, terapeuta, etc., del niño.

1. Sí No ¿Su niño tiene alguna afección médica especial? En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda.
- Alergia a la leche. Si un niño es alérgico a la leche, adjunte una declaración del profesional médico que indique la alternativa aceptable.
- Alergias alimentarias – Especifique el/los alimento/s y proporcione el plan de tratamiento detallado que se implementará en caso de que ocurra una reacción alérgica:

- Problemas gastrointestinales o de alimentación, incluidos los suplementos y una dieta especial. Si el niño presenta una afección médica, excluida la alergia alimentaria, que requiera de una dieta especial, incluidos los suplementos y los concentrados nutritivos, adjunte la autorización escrita del médico del niño.

- Alergias no alimentarias – Especifique y proporcione el plan de tratamiento detallado que se implementará en caso de que ocurra una reacción alérgica:

<input type="checkbox"/> Cualquier trastorno, entre ellos las discapacidades cognitivas, las discapacidades de aprendizaje, el TDA, el TDAH o el autismo
<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral/trastorno motor
<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Epilepsia/trastorno convulsivo
<input type="checkbox"/> Otra(s) afección(es) que requerirá(n) cuidados especiales. Especifique:

2. Desencadenantes que pueden causar problemas: especifique.

3. Señales o síntomas a tener en cuenta: especifique.

4. Pasos que debe seguir el proveedor de cuidado infantil. Si es necesario un medicamento con o sin receta, se requiere la autorización de los padres, la cual debe ser adjuntada. Los programas certificados pueden utilizar el formulario DCF-F-CFS0059-E Authorization to Administer Medication – Child Care Centers para cumplir con DCF 202.08(4)(f)2.

5. Cuándo llamar a los padres sobre los síntomas o la falta de respuesta al tratamiento.

6. Cuándo considerar que la afección requiere atención médica o reevaluación de emergencia.

7. Información adicional que puede ser útil para el proveedor de cuidado infantil.

G. AUTORIZACIÓN – PROTECTOR SOLAR/REPELENTE DE INSECTOS: si lo proporciona el parentel/tutor, el protector solar o el repelente de insectos será etiquetado con el nombre del niño. Las autorizaciones se revisarán periódicamente y se actualizarán según sea necesario.

		Nombre de la marca del protector solar	Fuerza del ingrediente
1.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Autorizo al centro a aplicar protector solar a mi hijo.	
2.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Autorizo al centro a permitir que mi hijo se aplique el protector solar.	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Autorizo al centro a aplicar repelente a mi hijo.	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Autorizo al centro a permitir que mi hijo se aplique el repelente.	

H. AUTORIZACIÓN – TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA

Sí No Por el presente doy mi consentimiento para que se utilice un tratamiento o cuidado médico de emergencia en el único caso de que no se me pueda contactar de inmediato.

I. AUTORIZACIÓN – EXCURSIONES/TRANSPORTE

- Sí No Doy permiso para que mi hijo sea transportado hacia el centro y desde este.
- Sí No Doy permiso para que mi hijo participe en excursiones en transporte a pie y en otras actividades durante las horas de servicio.
- Sí No Por el presente doy permiso para que mi hijo en edad escolar ingrese a un edificio sin acompañamiento.

J. CERTIFICACIÓN

- Sí No Pude revisar las políticas de este centro de cuidado infantil y un resumen de las normas de Wisconsin, DCF 202, que rigen los programas de cuidado infantil certificados.
 - Sí No He sido informado sobre la cantidad de mascotas del centro y sobre el grado de contacto que tienen con los niños inscritos. Nota: Si se suman más mascotas después de la inscripción de un niño, los padres serán notificados por escrito antes de que la mascota sea ingresada al centro.
 - Sí No He sido informado si el lugar y el negocio de cuidado infantil están cubiertos o no por una póliza de seguro de responsabilidad civil por el cuidado infantil.
- K. FIRMA**
- FIRMA del padre/la madre/el tutor

Fecha de firma

Fechas de revisión: