

**Información indentificativa y para emergencias
Programas para el desarrollo del niño/a**

Nombre del niño/a _____	Fecha de nacimiento _____	N.º de clase _____
Nombre del niño/a _____	Fecha de nacimiento _____	N.º de clase _____
Nombre del niño/a _____	Fecha de nacimiento _____	N.º de clase _____

Nombre del padre, madre o tutor legal _____	N.º de teléfono de la casa () _____
Dirección de la casa _____	N.º de teléfono del trabajo () _____
Ciudad/ Código postal: _____	N.º del teléfono celular () _____
Empleador/Escuela _____	E-mail _____

Nombre del padre, madre o tutor legal _____	N.º de teléfono de la casa () _____
Dirección de la casa _____	N.º de teléfono del trabajo () _____
Ciudad/ Código postal: _____	N.º del teléfono celular () _____
Empleador/Escuela _____	E-mail _____

Haga una lista con todas las personas a las que podríamos llamar en caso de emergencia y/o que tienen su autorización para recoger al niño o niños del centro.

	Nombre	Dirección	N.º de teléfono	Parentesco
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____

En caso de separación o divorcio, ¿tiene el padre o madre que no obtenga la custodia del niño o niños, su permiso para recoger al niño o niños?
Sí _____ No _____ Si la respuesta es No, adjunte la orden judicial.

Kidango no vende, comparte, alquila ni divulga información personal sobre usted a terceros sin su autorización o salvo que la ley lo exija.

¿Recibe en la actualidad? **Healthy Families** **Healthy Kids** **Medi-Cal** **Private Insurance** **None** (marque uno con un círculo)

¿Recibe usted en la actualidad, o ha recibido alguna vez, beneficios de? **CalWorks** o **WIC** (marque con un círculo si es aplicable)

¿Recibe su hijo o hijos inscritos en Kidango los servicios del **Plan de servicios individualizados para la familia (Individual Family Services Plan, IFSP)**? SÍ o NO (marque uno con un círculo). Si la respuesta es Sí, escriba el nombre del niño/a _____

¿Tiene su hijo o hijos inscritos en Kidango un **Programa educativo individualizado (Individualized Education Plan, IEP)**? SÍ o NO (marque uno con un círculo). Si la respuesta es Sí, escriba el nombre del niño/a _____

Médico del niño/a _____	N.º de teléfono () _____
-------------------------	---------------------------

Dentista del niño/a _____	N.º de teléfono () _____
---------------------------	---------------------------

Compañía aseguradora _____	N.º de seguro _____
----------------------------	---------------------

Alergias, reacciones y otras limitaciones médicas _____

En caso de accidente o emergencia, doy mi autorización para que una ambulancia lleve a mi hijo/a al médico nombrado más arriba o al hospital con servicios de emergencias más cercano, para tratar y tomar las medidas de emergencia que sean necesarias para garantizar la seguridad y proteger la salud de mi hijo, con los costos a mi cargo.

Firma _____	Fecha _____
Padre, madre o tutor legal	

Testigo _____	Fecha _____
---------------	-------------

Cargo _____