

Emergency & Identification Information Child Development Programs

| | | |
|--------------------|------------------|----------------|
| Child's Name _____ | Birth Date _____ | Room No. _____ |
| Child's Name _____ | Birth Date _____ | Room No. _____ |
| Child's Name _____ | Birth Date _____ | Room No. _____ |

| | |
|----------------------------|----------------------|
| Parent/Guardian Name _____ | Home Phone () _____ |
| Home Address _____ | Work Phone () _____ |
| City _____ Zip: _____ | Cell Phone () _____ |
| Employer/School _____ | Email _____ |

| | |
|----------------------------|----------------------|
| Parent/Guardian Name _____ | Home Phone () _____ |
| Home Address _____ | Work Phone () _____ |
| City _____ Zip: _____ | Cell Phone () _____ |
| Employer/School _____ | Email _____ |

List persons who may be called in an emergency and/or are authorized to pick up the child(ren) from the center.

| Name | Address | Phone | Relationship |
|----------|---------|-------|--------------|
| 1. _____ | _____ | _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ | _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ | _____ | _____ |

Kidango may be required to release a child to the parent listed on the child's birth certificate, unless a legal custodial agreement stating otherwise is on file with Kidango.

"Kidango does not sell, share, rent or disclose personal information about you to third parties without your consent or as required by law."

Do you currently have? **Medi-Cal** **CalWorks** **CashAid** **CalFresh** **WIC** (circle all that apply)

Healthy Families **Healthy Kids** **Private Insurance** (circle all that apply)

Does your enrolled child(ren) have an **Individual Family Services Plan (IFSP)**? YES or NO (circle one)

If yes, name of child _____

Does your enrolled child(ren) have an **Individualized Education Plan (IEP)**? YES or NO (circle one)

If yes, name of child _____

Child's Physician _____ Phone () _____

Child's Dentist _____ Phone () _____

Insurance Carrier _____ Insurance Number _____

Allergies and reactions or other medical limitations _____

In case of an accident or emergency, I authorize an ambulance to transport my child to the nearest emergency hospital or clinic at my expense.

Signature _____ Date _____
Parent/Guardian

Witness _____ Date _____

Title _____

**Información de identificación 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 |
|----|--------|-----------|-----------------|------------|
| 4. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 5. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 6. | _____ | _____ | _____ | _____ |

Kidango puede ser requerido de permitir que el niño/a sea recogido del centro por cualquiera de los dos padres especificados en el acta de nacimiento. Al menos que exista y Kidango tenga en el expediente, una orden legal del juez que indique lo contrario.

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? **Medi-Cal** **CalWorks** **CashAid** **CalFresh** **WIC** (marque con un círculo si es aplicable)
Healthy Families **Healthy Kids** **Private Insurance** (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 un accidente o una emergencia, yo autorizo a una ambulancia que transporte a mi niño al hospital de emergencia más cercano o a una clínica a mi costo.

Firma _____ Fecha _____
 Padre, madre o tutor legal

Testigo _____ Fecha _____

Cargo _____