

**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? **Healthy Families** **Healthy Kids** **Medi-Cal** **Private Insurance** **None** (circle one)  
 Do you currently receive or have you ever received? **CalWorks** or **WIC** (circle if applicable)  
 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? **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 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 \_\_\_\_\_