



**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 celular	( ) _____
Dirección de la casa	_____	N.º de teléfono del trabajo	( ) _____
Ciudad/ Código postal:	_____	N.º de teléfono alternativo	( ) _____
Empleador/Escuela	_____	E-mail	_____

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

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

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

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 \_\_\_\_\_