

INFORMACION DE IDENTIFICACION Y EMERGENCIA

GUARDERIAS INFANTILES/HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NINOS

A completarse por el padre/madre o el representante autorizado

NOMBRE DEL NINO	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	SEXO	TELEFONO
DIRECCION	NUMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
NOMBRE DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	TELEFONO DEL TRABAJO
DIRECCION DEL HOGAR	NUMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
NOMBRE DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELEFONO DEL HOGAR	TELEFONO DEL TRABAJO
DIRECCION DEL HOGAR	NUMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
PERSONA RESPONSABLE DEL NINO	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELEFONO DEL HOGAR	TELEFONO DEL TRABAJO

PERSONA\$ ADICIONALES QUE SE PUEDEN LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

NOMBRE	DIRECCION	TELEFONO	PARENTESCO/RELACION

MEDICO O DENTISTA QUE SE DEBE LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

MEDICO	DIRECCION	NOMBRE Y NUMERO DEL PLAN MEDICO	TELEFONO
DENTISTA	DIRECCION	NOMBRE Y NUMERO DEL PLAN MEDICO	TELEFONO

SI NO SE PUEDE HABLAR CON EL MEDICO, ¿QUE ACCION SE DEBE DE TOMAR?

LLAMAR AL HOSPITAL DE EMERGENCIA
 OTRA
 EXPLIQUE: _____

NOMBRE DE LAS PERSONA\$ AUTORIZADAS PARA LLEVARSE AL NINO DEL ESTABLECIMIENTO

(AL NINO NO SE LE PERMITIRA SAUR CON NINGUNA OTRA PERSONA SIN AUTORIZACION POR ESCRITO DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO.)

NOMBRE	PARENTESCO/RELACION

HORA EN QUE SE PASARA A BUSCAR AL NINO

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL O REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA
--	-------

A COMPLETARSE POR EL DIRECTOR/ADMINISTRADOR DEL ESTABLECIMIENTO O POR LA PERSONA CON LICENCIA DEL HOGAR QUE PROPORCIONA CUIDADO DE NINOS

DATE OF ADMISSION	DATE LEFT
-------------------	-----------