

Nombre de la entidad		Nombre del director	
Nombre del niño		Fecha de nacimiento	Teléfono de la casa del niño
Dirección de la casa del niño			
Fecha de admisión	Fecha de retiro	Horas y días en los que el niño estará bajo cuidado	
Nombre del padre o tutor		Dirección (si es diferente a la dirección del niño)	
Anote los teléfonos donde se puede localizar al padre o tutor cuando el niño está bajo cuidado:	Teléfono de la madre	Teléfono del padre	Teléfono del tutor
Dé el nombre, la dirección y el número de teléfono de una persona a quién llamar en caso de una emergencia si no se puede localizar a los padres o al tutor:			Relación
Por medio de ésta autorizo que la entidad de cuidado de niños permita a mi hijo salir de la entidad <b>SOLAMENTE</b> acompañado de las siguientes personas. Por favor, anote el nombre y el teléfono de cada persona. Se permitirá que el niño salga solamente con uno de los padres o con una persona designada por uno de los padres o el tutor, una vez que se haya revisado la identificación.			

**MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE SEAN PERTINENTES:**

1.  **TRANSPORTE.** Por medio de ésta  doy  no doy – permiso para que mi hijo sea transportado y supervisado por los empleados de la entidad:  
 para atención de emergencia  durante las excursiones  de ida y vuelta a casa  de ida y vuelta a la escuela

2.  **EXCURSIONES.** Por medio de ésta  doy  no doy – permiso para que mi hijo participe en excursiones.  
**Comentarios del padre:**

3.  **ACTIVIDADES EN EL AGUA.** Por medio de ésta  doy  no doy – permiso para que mi hijo participe en actividades en el agua:  
 en juegos con regaderas de jardín  en chapoteaderos  en albercas  en la mesa para juegos con agua

4.  **ACUSE DE RECIBO DE LAS NORMAS DE FUNCIONAMIENTO POR ESCRITO.** Acuso recibo de las normas de funcionamiento de la entidad, entre ellas, aquellas relacionadas con la disciplina y la orientación.

**AUTORIZACIÓN PARA ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA:**  
 En caso de que no puedan localizarme para hacer los arreglos necesarios para la atención médica de emergencia, autorizo a la persona encargada para llevar a mi hijo a:

Nombre del doctor:	Dirección:	Teléfono:
Nombre del centro de atención médica de emergencia:	Dirección:	Teléfono:

Doy permiso para que esta entidad se asegure de que mi hijo reciba toda la atención médica de emergencia necesaria.

\_\_\_\_\_ Firma de uno de los padres o del tutor legal

Haga una lista de todos los problemas especiales que su hijo tenga, como alergias, enfermedades existentes, enfermedades graves previas, lesiones y hospitalizaciones durante los últimos 12 meses, cualquier medicamento recetado para su uso continuo a largo plazo y cualquier otra información de la que deba estar enterado el cuidador:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

"Según el Título III de la Ley de Americanos con Discapacidades (ADA), las entidades de cuidado de niños durante el día son locales públicos. Si usted cree que una de estas entidades ha discriminado en violación del Título III, llame a la Línea de Información de ADA al 1-800-514-0301 (voz) o al 1-800-514-0383 (TTY)".

**NIÑOS EN EDAD ESCOLAR:**

Mi hijo asiste a la siguiente escuela:

Nombre y dirección de la escuela \_\_\_\_\_ Tel. de la escuela \_\_\_\_\_

**MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE SEAN PERTINENTES:**

Su tarjeta de vacunas está en los archivos de la escuela y todas las inmunizaciones y pruebas de la tuberculosis necesarias están al día. También está en los archivos la historia de los exámenes de la vista y del oído.

Mi hijo tiene permiso de  viajar en autobús,  caminar de ida y vuelta a la escuela o  de salir de la entidad bajo el cuidado de sus hermanos menores de 18 años.  
 Nombre de los hermanos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma de uno de los padres o del tutor legal

\_\_\_\_\_ Fecha

REQUISITOS DE SALUD											
Nombre del niño:							Fecha de nacimiento:				
Edad ▶ Vacuna ▼	Al Nacer	1 Mes	2 Meses	4 Meses	6 Meses	12 Meses	15 Meses	18 Meses	19-23 Meses	2-3 Años	4-6 Años
Hepatitis B											
Rotavirus											
Difteria, Tétanos, Pertusis (tos Ferina)											
Haemophilus influenzae tipo B											
Pneumococcal											
Poliovirus (vacuna inactivada)											
Gripe											
Sarampión, paperas, rubéola											
Varicella											
Hepatitis A											
Vacuna neumocócica conjugada											
Meningococales											
<b>PRUEBA DE TB</b> (si se necesita)	<input type="checkbox"/> Positiva		<input type="checkbox"/> Negativa		Fecha:						
Firma o sello del doctor o personal que verificó la información anterior sobre la inmunización.											
Firma						Fecha					
Si su hijo ha sufrido varicela no tiene que recibir la vacuna. Si su hijo ha sufrido varicela complete la siguiente declaración: Mi hijo tuvo varicela más o menos el (fecha) _____ y no necesita recibir la vacuna contra la varicela.											
Firma de uno de los padres						Fecha					
<input type="checkbox"/> Estoy excluyendo a mi hijo de los requisitos de inmunización por razones de conciencia, como creencias religiosas. He adjuntado la forma con una declaración jurada firmada y notarizada formulada y emitida por el Departamento Estatal de Servicios de Salud. Entiendo que esta declaración jurada es válida por 2 años.											
Para información adicional sobre las inmunizaciones, comuníquese con el Departamento Estatal de Servicios de Salud en <a href="http://www.dshs.state.tx.us/immunize/school_info.htm">http://www.dshs.state.tx.us/immunize/school_info.htm</a>											

**REQUISITOS DE ADMISIÓN.** Si su hijo no asiste a prekinder o a la escuela fuera de la entidad de cuidado de niños, tiene que presentar uno de los siguientes cuando su hijo sea admitido a la entidad de cuidado de niños o dentro de una semana después de su admisión. Por favor, marque sólo una opción:

- DECLARACIÓN SOBRE LA SALUD DEL NIÑO DE UN PROFESIONAL DE ATENCIÓN MÉDICA.** He examinado al niño mencionado anteriormente en el último año y lo encuentro capaz de tomar parte en el programa de cuidado de niños.  
  

\_\_\_\_\_ Firma del profesional de atención médica
\_\_\_\_\_ Fecha
- Se ha adjuntado una copia firmada y fechada de la declaración de un profesional de atención médica.
- El tratamiento y el diagnóstico médico están en conflicto con los principios y prácticas de una organización religiosa reconocida, a la que sigo o pertenezco. He firmado, adjuntado y fechado la declaración jurada donde declaro esto.
- Mi hijo fue examinado en el último año por un profesional de atención médica y puede participar en el programa de cuidado de niños. Dentro de los 12 meses después de la admisión, obtendré una declaración firmada de un profesional de atención médica y la presentaré a la entidad de cuidado de niños.

Nombre y dirección del profesional de atención médica:  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma de uno de los padres o del tutor legal
\_\_\_\_\_ Fecha

<b>VISTA</b>	DER 20/ ____	IZQ 20/ ____	<input type="checkbox"/> SATISFACTORIA	<input type="checkbox"/> DEFICIENTE
FIRMA _____			FECHA _____	
<b>OÍDO</b>	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz	
<b>DER</b>				<input type="checkbox"/> SATISFACTORIA
<b>IZQ</b>				<input type="checkbox"/> DEFICIENTE
FIRMA _____			FECHA _____	

\_\_\_\_\_ Firma de uno de los padres o del tutor legal

\_\_\_\_\_ Fecha