



INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS Y IDENTIFICACION

(Debe ser llenado por el padre o guardián y actualizado durante la re-certificación y cuando ocurrán cambios)

I. INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA

Su Nombre:	Numero de Teléfono:	# de Caso:
Domicilio:	Ciudad: CA	Estado:
Nombre de su Cónyuge:	# de Teléfono de cónyuge:	
Domicilio de Cónyuge:	Ciudad:	Estado:
Código Postal:		

¿Viven ambos padres biológicos en el hogar con el niño(a)? SI NO

II. INFORMACIÓN DE LOS NIÑO(A)S

Nombre de niño(a) #1: _____ Fecha de nacimiento: _____ Es usted: <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> No-Pariente: _____	Nombre de niño(a) #2: _____ Fecha de nacimiento: _____ Es usted: <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> No-Pariente: _____
Nombre de niño(a) #3: _____ Fecha de nacimiento: _____ Es usted: <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> No-Pariente: _____	Nombre de niño(a) #4: _____ Fecha de nacimiento: _____ Es usted: <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> No-Pariente: _____
Nombre de niño(a) #5: _____ Fecha de nacimiento: _____ Es usted: <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> No-Pariente: _____	Nombre de niño(a) #6: _____ Fecha de nacimiento: _____ Es usted: <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> No-Pariente: _____
Nombre de niño(a) #7: _____ Fecha de nacimiento: _____ Es usted: <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> No-Pariente: _____	Nombre de niño(a) #8: _____ Fecha de nacimiento: _____ Es usted: <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> No-Pariente: _____

III. NOMBRE DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER AL NIÑO/NIÑA DE ESTE LOCAL

(No se permitirá al niño/niña salir del lugar con ninguna otra persona sin autorización escrita del padre o guardián)

Nombre: _____	Teléfono: _____	Relación con el niño/a: _____
Nombre: _____	Teléfono: _____	Relación con el niño/a: _____
Nombre: _____	Teléfono: _____	Relación con el niño/a: _____

IV. INFORMACION DE MÉDICO A QUIEN LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del Hospital o Clínica: _____	Nombre del Doctor: _____		
Domicilio: _____	Número de Teléfono: _____		
Ciudad: _____	Estado: _____	Código Postal: _____	¿Tienen seguro médico o Medi-cal? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Si respondió "SI", cual es el número del seguro medico o Medi-cal: _____

De no estar disponible el doctor, ¿Qué acción desea que se lleve a cabo?

VI. ALERGIAS U OTROS PROBLEMAS MÉDICOS

VII. PERMISO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Los procedimientos utilizados en la administración de atención médica a niños en ausencia de los padres varían de acuerdo al personal y las facilidades médicas que los proporcionan. Debe verificar por adelantado el proceso a seguir requerido por su médico o el hospital en casos de emergencia.

En caso de accidente o emergencia autorizo a que un miembro del personal de la agencia para el desarrollo del niño lleve a mi hijo/hija al doctor arriba indicado o al hospital más cercano para recibir tratamiento de emergencia o cualquier otra asistencia que sea necesaria para la seguridad y protección de mi hijo/hija. Entiendo que es mi responsabilidad cubrir el costo de dichos servicios.

Firma de Padre/Madre o Guardián:

Fecha: