



Estado de Massachusetts

Departamento de Educación y Cuidado Temprano

FORMULARIO	
Asunto: Formulario de Aceptación del Niño para el Programa de Cuidado Infantil de Emergencia	Cuidado Infantil de Emergencia
Fecha Efectiva: actualizado el 21 de marzo de 2020	

Formulario de Aceptación del Niño al Programa de Cuidado Infantil de Emergencia

Información del Niño

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Edad a la Fecha de Admisión: _____ Fecha de Admisión: _____

Dirección de Residencia del Niño: _____

Número de Teléfono: _____

Idioma Primario: _____ Rasgos de Identificación: _____

Color de Ojos: _____ Color de Cabello: _____ Color de Piel: _____

Sexo: _____ Altura: _____ Peso: _____

Nombre de la Escuela: _____

Información de Vacunas: _____ Detección de Plomo: _____

Razón de Elegibilidad

Involucrado con DCF: Involucrado con DTA/TAFDC: Sin Hogar: Trabajador crítico:

Explicar: _____

Información de Padre o Representante

Padre/Representante #1:

Nombre del Padre o Representante: _____

Relación con el niño: _____

Dirección de Residencia: _____

Número Telefónico: _____ Correo Electrónico: _____

Profesión: _____

Nombre y Dirección de Empleador: _____

Número Telefónico del Empleador: _____

Horas en el Trabajo: _____

Padre/Representante #2:

Nombre del Padre o Representante: _____

Relación con el niño: _____

Dirección de Residencia: _____

Número Telefónico: _____

Correo Electrónico: _____

Profesión: _____

Nombre y Dirección de Empleador: _____

Número Telefónico del Empleador: _____

Horas en el Trabajo: _____

Información Adicional

¿Dieta Especial? _____

Alergias: Si marcó sí, describa: _____

Epipen: Si marcó sí, describa: _____

¿Está usted suscrito a un Plan de Cuidado de la Salud Individual para niños con una condición de salud crónica? De ser así, adjunte. _____

Copias de cualquier acuerdo de custodia, orden judicial u orden de restricción relacionados con el niño. De ser así, adjunte. _____

Medicamentos y efectos secundarios: _____

Limitaciones especiales o inquietudes: _____

Yo declaro que este cuidado es suministrado en un estado de emergencia de acuerdo con la Orden Ejecutiva del Gobernador Baker. El Programa de Cuidado Infantil de Emergencia del EEC no está sujeto a licencia del EEC y no requiere que el programa cumpla con todos los requerimientos según las regulaciones de EEC. Acepto que este cuidado infantil está siendo ofrecido de forma temporal.

Firma del Padre/Representante

Fecha

Información de la Tarjeta de Emergencia

Recuerde: La información de esta tarjeta de emergencia es para el botiquín de primeros auxilios del educador. El educador debe tomar este botiquín de primeros auxilios al abandonar las premisas del centro de cuidado infantil para garantizar la seguridad del niño.

Nombre del Niño: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Dirección de Residencia del Niño: _____

_____ **Teléfono:** _____

Instrucciones para contactar al Representante:

1. _____
(Nombre, Dirección, Número de Teléfono de Vivienda y Celular)

2. _____
(Nombre, Dirección, Número de Teléfono de Vivienda y Celular)

Información de Contacto del Médico o Profesional del Cuidado de la Salud

1. _____
(Nombre del Médico, Dirección, Número de Teléfono)

Personas de Contacto de Emergencia

1. _____
(Nombre del Médico, Dirección, Número de Teléfono)

2. _____
(Nombre del Médico, Dirección, Número de Teléfono)

Tratamiento Médico de Emergencia

Por este medio, otorgo a _____ permiso para
(Nombre del educador/asistente)

administrar primeros auxilios básicos/o CPR a mi hijo _____
(Nombre)

y/o llevar a mi hijo _____ a un hospital para recibir tratamiento
(Nombre)

médico si no puedo ser contactado o si un retraso pusiera en peligro la salud de mi hijo.

Padre/Representante

Fecha

Información de Seguro Médico (Opcional)

Nombre del Suscriptor _____

Tipo de Seguro _____

Número de Póliza: _____

Copia de Tarjeta de Seguro

Otras Informaciones Médicas Pertinentes: