



REGISTRO DE CUIDADO DE NIÑOS EN EL HOGAR
CHILD CARE HOME REGISTER

FECHA DE COMIENZO DE CUIDADO DEL NIÑO	FECHA DE TERMINACIÓN DE CUIDADO DEL NIÑO
---------------------------------------	--

NOMBRE DEL NIÑO		APELLIDO	PRIMER NOMBRE SEGUNDO	NOMBRE USADO	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN		CIUDAD		CÓDIGO POSTAL	
NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR		TELÉFONO DE LA CASA (Y CÓDIGO DE ÁREA)		TELÉFONO DEL TRABAJO (Y CÓDIGO DE ÁREA)	
DIRECCIÓN		CIUDAD		CÓDIGO POSTAL	
DIRECCIÓN DEL TRABAJO (O DE DONDE SE LO PUEDE ENCONTRAR CUANDO EL NIÑO ESTÁ A NUESTRO CUIDADO)		CIUDAD		CÓDIGO POSTAL	
NOMBRE DEL PADRE, MADRE O TUTOR		TELÉFONO DE LA CASA (Y CÓDIGO DE ÁREA)		TELÉFONO DEL TRABAJO (Y CÓDIGO DE ÁREA)	
DIRECCIÓN		CIUDAD		CÓDIGO POSTAL	
DIRECCIÓN DEL TRABAJO (O DE DONDE SE LO PUEDE ENCONTRAR CUANDO EL NIÑO ESTÁ A NUESTRO CUIDADO)		CIUDAD		CÓDIGO POSTAL	

OTRAS PERSONAS A QUIENES HAY QUE NOTIFICAR EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE	DIRECCIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO
Parentesco:		Trabajo: Casa:
Parentesco:		Trabajo: Casa:
Parentesco:		Trabajo: Casa:
Parentesco:		Trabajo: Casa:

ADEMÁS DE USTED, ¿QUIÉN TIENE PERMISO PARA RETIRAR AL NIÑO?

NOMBRE	DIRECCIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO
		Trabajo: Casa:
		Trabajo: Casa:
		Trabajo: Casa:

¿QUIÉN NO TIENE PERMISO PARA RETIRAR AL NIÑO?

NOMBRE	RAZÓN

INFORMACIÓN DE LA SALUD DEL NIÑO			
FECHA DE LA ÚLTIMA REVISACIÓN MÉDICA DEL NIÑO	NOMBRE DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA DEL NIÑO	NÚMERO DE TELÉFONO (Y CÓDIGO DE ÁREA)	
DIRECCIÓN	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	
Problemas especiales de salud:		Alergias, incluyendo las reacciones a los medicamentos:	
Medicamentos regulares:		Otros datos pertinentes:	
NOMBRE DEL DENTISTA DEL NIÑO		NÚMERO DE TELÉFONO (Y CÓDIGO DE AREA)	
DIRECCIÓN	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	
COBERTURA DE SEGURO MÉDICO DEL NIÑO			
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS		MIEMBRO/NÚMERO DE PÓLIZA	
NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		NOMBRE DEL EMPLEADOR	
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS		MIEMBRO/NÚMERO DE PÓLIZA	
NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA		NOMBRE DEL EMPLEADOR	
CONSENTIMIENTO PARA DAR ATENCIÓN MÉDICA Y TRATAMIENTO A NIÑOS MENORES			
<p>Por la presente, doy permiso para que mi hijo, _____, reciba tratamiento de emergencia de un proveedor de cuidado de niños calificado, en _____,</p> <p style="text-align: center;">NOMBRE Y DIRECCIÓN</p> <p>Cuando no se puedan comunicar conmigo, yo autorizo y doy consentimiento para que un médico con licencia, proveedor de cuidado de la salud o asistente de ambulancia u hospital le dé a mi hijo tratamiento médico, quirúrgico y atención hospitalaria y se le hagan los procedimientos necesarios, cuando sea necesario o aconsejado por un médico o asistente de ambulancia, para preservar la salud de mi hijo. Yo abandono el derecho de dar consentimiento informado para tal tratamiento.</p> <p>También doy permiso para que mi hijo sea transportado en ambulancia o automóvil de auxilio a un centro de emergencia para su tratamiento.</p> <p>Certifico (o declaro) bajo pena de perjurio según las leyes del Estado de Washington que lo anterior es correcto y verídico.</p>			
FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR	FECHA	FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR	FECHA
DIRECCIÓN	CIUDAD	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO (Y CÓDIGO DE ÁREA)