



**OKLAHOMA DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES**



**Información del Niño**

Nombre del niño		Sexo	Fecha de nacimiento
Nombre de las personas con las cuales vive el niño y su parentesco con ellas			
Correo electrónico		Prefijo	Teléfono del hogar
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal
Lugar de empleo de la madre/tutora		Número telefónico del negocio o del móvil	
Lugar de empleo del padre/tutor		Número telefónico del negocio o del móvil	

**Contacto de emergencia**

En caso de una emergencia, y el padre/madre o tutor(a) no puede ser encontrado(a), anote la(s) persona(s) a quien(es) notificar, en orden de preferencia:

Nombre	Teléfono

**Certificado de las Vacunas**

Adjunte una fotocopia del archivo de las vacunas o siga los procedimientos de la exención del Departamento de la Salud del Estado de Oklahoma. **Mantenga las vacunas de su hijo/a actuales. Entregue las copias más actuales del archivo de las vacunas al centro del cuidado infantil.**

Cualquier niño de dos meses de edad en adelante no podrá ser admitido a ningún centro del cuidado infantil a menos que el padre/la madre presente una certificación de un médico, autorizado para ejercer, o de un representante autorizado de cualquier Departamento de Salud local o del estado, que tal niño haya recibido o vaya a recibir sus vacunas al tiempo médicamente apropiado.

**Archivo de la Salud**

Clínica o el médico del niño			Teléfono
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal

¿Tiene alguna necesidad especial su niño que consista de cuidado rutinario, comportamiento y orientación, comunicación, o postura? Si es así, describa por favor:

---

¿Tiene su niño alergia a algún alimento, medicamento, etc.? Si es así, describa por favor:

---

Si es pertinente al caso, describa cualquier precaución especial de su hijo sobre la dieta, medicamento, o actividad:

---

Doy permiso al personal del centro del cuidado infantil del niño de consultar con profesionales de la salud y del desarrollo infantil con respecto a las necesidades de mi hijo.

Sí  No

**Transportación**

- Yo no doy permiso para que mi niño sea transportado.
- Yo doy permiso para que mi niño sea transportado por: 
  - al centro médico más cercano, si ocurre una emergencia médica y no es posible ponerse en contacto conmigo
  - en viajes de estudio
  - a la escuela y de la escuela -Hora de llegada: \_\_\_\_\_  
Hora de salida: \_\_\_\_\_
  - de la casa y a la casa -Hora de llegada: \_\_\_\_\_  
Hora de salida: \_\_\_\_\_
  - otro, por favor especifique: \_\_\_\_\_

**Permiso para recoger al niño**

Las personas que tienen el permiso para recoger al niño:

Nombre	Teléfono

Entiendo que esta forma es provista por el Departamento de Servicios Humanos de Oklahoma (OKDHS) como un servicio, y que al proveer la forma, de ninguna manera se debe de imponer ninguna responsabilidad u obligación sobre OKDHS.

El *Guía de los Padres para Seleccionar Cuidado Infantil de Calidad*, publicación del OKDHS número 87-91, y la *Política del Centro del Cuidado Infantil*, están disponibles por medio del proveedor del cuidado infantil del niño.

Firma del padre/madre/encargado del cuidado	Fecha
Fecha en que el niño/a entró al centro: _____	Fecha en que el niño/a salió del centro: _____