

**EXPEDIENTE DE INFORMACIÓN DEL NIÑO**

Nombre del Niño \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Fecha en que el niño fué recibido \_\_\_\_\_ Fecha en que el niño se marchó \_\_\_\_\_

**PADRE U OTRA(S) PERSONA(S) COLOCANDO AL NIÑO**

Nombre \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Parentesco con el niño \_\_\_\_\_ Parentesco con el niño \_\_\_\_\_

Dirección del Hogar \_\_\_\_\_ Dirección del Hogar \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Lugar de empleo \_\_\_\_\_ Lugar de empleo \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Horas de trabajo \_\_\_\_\_ Horas de trabajo \_\_\_\_\_

**OTRA PERSONA A NOTIFICAR EN CASO DE QUE LA PERSONA COLOCANDO AL NIÑO NO PUEDA SER LOCALIZADA**

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

**DOCTOR (MEDICO) A LLAMAR SI EL NIÑO DE PUSIERA ENFERMO O FUERA LESIONADO**

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Hospital o clínica \_\_\_\_\_

**PROGRAMA**

Días por semana \_\_\_\_\_ Horas de cuidado \_\_\_\_\_

Tasa de pago (opcional) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del padre u otra persona colocando al niño

\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor de cuidado

\_\_\_\_\_  
Fecha

Un formulario con información completa deberá ser guardado por el concesionario de cada niño que no esté emparentado con el concesionario. Por favor mantenga este formulario disponible en todo momento para los representantes de licencias del Departamento de Servicios para Niños y Familias. Para el suministro de estos formularios pónganse en contacto con la oficina de su área.

Si el niño tiene cualquiera de lo siguiente, por favor sírvase explicar:

Problemas médicos \_\_\_\_\_

Impedimentos físicos \_\_\_\_\_

Restricciones para jugar – fuera de la casa \_\_\_\_\_

Restricciones para jugar – dentro de la casa \_\_\_\_\_

Alergias \_\_\_\_\_

Alimentos que le gustan \_\_\_\_\_

Alimentos que no le gustan \_\_\_\_\_

Temores \_\_\_\_\_

¿El niño toma siesta? \_\_\_\_\_ ¿A qué hora? \_\_\_\_\_ Duración \_\_\_\_\_

¿Está el niño entrenado para ir al baño? \_\_\_\_\_

¿Tiene el niño nombres especiales para objetos? (orinal, galleticas dulces, bebidas, etc.) \_\_\_\_\_

¿Toma el niño medicamento regularmente? \_\_\_\_\_ Si así fuese, qué clase y modo de empleo \_\_\_\_\_

¿Si el niño es un bebé, cuáles son las instrucciones para alimentarlo? \_\_\_\_\_

¿A que hora? \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Temperatura \_\_\_\_\_

Cambio de pañales: Talco \_\_\_\_\_ Pomada \_\_\_\_\_

Otra información que ayudaría en el cuidado del niño \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

**TODA INFORMACIÓN DEBERA SER TRATADA Y MANIPULADA CONFIDENCIALMENTE**