

Formulario de inscripción para cuidado de niños				Fecha en que el niño ingresó al cuidado	Fecha en que el niño salió del cuidado
Nombre del niño	Apellido	Nombre	Segundo nombre	Nombre (apodo) utilizado	Fecha de nacimiento
Dirección			Ciudad		Código postal
Nombre de padre/madre/tutor del niño		No. teléfono casa () -		No. teléfono celular () -	No. teléfono alternativo () -
Dirección			Ciudad		Código postal
Dirección donde se le puede encontrar mientras su niño está en el cuidado			Ciudad		Código postal
Nombre de padre/madre/tutor del niño		No. teléfono casa () -		No. teléfono celular () -	No. teléfono alternativo () -
Dirección			Ciudad		Código postal
Dirección donde se le puede encontrar mientras su niño está en el cuidado			Ciudad		Código postal
Además de usted, ¿qué otra persona tiene permiso para recoger a su niño?					
Nombre		Dirección		Número telefónico	
Nombre: Relación:				Casa: () - Celular: () - Alternativo: () -	
Nombre: Relación:				Casa: () - Celular: () - Alternativo: () -	
Nombre: Relación:				Casa: () - Celular: () - Alternativo: () -	
Nombre: Relación:				Casa: () - Celular: () - Alternativo: () -	
En caso de emergencia, doy permiso para que se pongan en contacto con cualquiera de las siguientes personas, y mi niño se puede entregar a cualquiera de ellas.					
Firma de padre/madre/tutor: _____					
Nombre		Dirección		Número telefónico	
Nombre: Relación:				Casa: () - Celular: () - Alternativo: () -	
Nombre: Relación:				Casa: () - Celular: () - Alternativo: () -	
Nombre: Relación:				Casa: () - Celular: () - Alternativo: () -	

¿Quién no tiene permiso para recoger a su niño? Si corresponde (Debe haber en archivo una copia del documento de respaldo de la corte)	
Nombre	Motivo

Información sobre la salud del niño		
Fecha del último examen físico del niño:	Proveedor de atención a la salud del niño	Número telefónico () -
Dirección	Ciudad	Código postal
¿Problemas de salud especiales? ¿Sí o no? Si responde sí, especifique.	Alergias, incluyendo reacciones a medicamentos ¿Sí o no? Si responde sí, especifique.	
¿Medicamentos regulares? ¿Sí o no? Si responde sí, especifique.	Otra información importante ¿Sí o no? Si responde sí, especifique.	
Nombre del dentista del niño		Número telefónico () -
Dirección	Ciudad	Código postal

Cobertura de seguro médico del niño	
Nombre de la compañía de seguro	Número de miembro/póliza
Nombre del titular de la póliza	Nombre del empleador
Nombre de la compañía de seguro	Número de miembro/póliza
Nombre del titular de la póliza	Nombre del empleador

Consentimiento para atención médica y tratamiento de niños menores de edad			
Doy permiso para que mi niño, _____, pueda recibir primeros auxilios/tratamiento de emergencia proporcionados por el titular de la licencia y/o personal calificado del cuidado de niños en: Nombre del titular de la licencia _____, Dirección del titular de la licencia _____.			
Firma de padre/madre/tutor	Fecha	Firma de padre/madre/tutor	Fecha

Quando no sea posible ponerse en contacto conmigo, autorizo y doy mi consentimiento para que atención, tratamientos y procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios sean proporcionados a mi niño por un médico, proveedor de atención a la salud, asistente del hospital o del vehículo de auxilio autorizados, cuando sean considerados necesarios o aconsejables por el médico o el asistente del vehículo de auxilio para salvaguardar la salud de mi niño. Renuncio a mi derecho a dar consentimiento informado para tal tratamiento.

También doy mi permiso para que mi niño sea transportado en ambulancia o vehículo de auxilio a un centro de emergencia con el fin de recibir tratamiento.

Certifico bajo pena de perjurio conforme a las leyes del estado de Washington que esta información es verdadera y correcta.

Firma de padre/madre/tutor	Fecha	Firma de padre/madre/tutor	Fecha
----------------------------	-------	----------------------------	-------