



# Datos de emergencia e identificación

## I. Datos de la familia

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio del niño o de los niños: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre o tutora: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Empleo de la madre o tutora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio del empleo de la madre o tutora: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Empleo del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio del empleo del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Nombre a quien se le llamará primero: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

## II. Nombre de las personas autorizadas para recoger a los niños del plantel (no se le permitirá al niño irse con otra persona sin el consentimiento escrito del padre, madre o tutor)

Nombre	Domicilio	Teléfono	Parentesco
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

## III. Nombres de las personas cuyo acceso a los niños es restringido (documento en el expediente)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## IV. Nombre del médico y dentista en caso de emergencia

Médico: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dentista: \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Qué se debe hacer si no se puede comunicar con el médico o dentista?

\_\_\_\_\_

V. No. de Medi-Cal: \_\_\_\_\_ Seguro médico: \_\_\_\_\_

## VI. Alergias u otras limitaciones médicas (indicar el nombre del niño)

\_\_\_\_\_

VI. Autorización para tratamiento médico: El proceso administrativo varía entre el personal e instalaciones médicas en lo que se refiere a servicios de cuidado médico para los niños en ausencia de los padres. Con anticipación deben verificarse los procedimientos del médico o dentista en caso de alguna emergencia. Yo autorizo al proveedor de cuidado infantil para que llame al "911" y paramédicos en caso de alguna emergencia para que le den el tratamiento necesario a mi niño o lo transporten al médico u hospital más cercano. Yo me responsabilizaré de los gastos que resulten del tratamiento y medidas necesarias para la salud y protección de mi niño.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Padre, madre o tutor*