

# Registro de niños

**PADRES: POR FAVOR LLENEN TODOS LOS ESPACIOS EN BLANCO**

Nombre del niño(s): \_\_\_\_\_ Fecha(s) de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de inscripción: \_\_\_\_\_ Actualizaciones: \_\_\_\_\_ Fecha en que cesó la atención: \_\_\_\_\_

**Dirección de domicilio y dirección de trabajo del padre o tutor:**

**PADRE (o Tutor):**

Nombre: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**MADRE (o Tutora):**

Nombre: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Persona(s) a quien(es) el cuidador puede entregar al(los) niño(s): (Si no hay nadie, escriba "ninguno")**

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Persona(s) que se harán responsables del niño(s) en caso de emergencia cuando no se pueda contactar al padre (o tutor): (SE DEBE DAR UN NOMBRE)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Consentimiento para contactar al médico en caso de emergencia:**

En caso de que no pueda ser contactado para hacer los arreglos, por la presente doy mi consentimiento para \_\_\_\_\_  
Cuidadora

Ponerse en contacto con la doctora \_\_\_\_\_  
Nombre de la médica Teléfono

\_\_\_\_\_, Y, si es necesario, llevar a mi(s) hijo(s) a la  
Dirección Ciudad

Siguientes médicos, clínicas u hospitales \_\_\_\_\_  
Firma de la madre / tutor Fecha

**DECLARACIÓN DE COMPETENCIA EN MATERIA DE MEDICACIÓN**

Yo, \_\_\_\_\_ he decidido  
Nombre del padre/tutor

Esa \_\_\_\_\_ es/son competentes para administrar o aplicar medicamentos a mi(s) hijo(s).  
Nombre(s) del proveedor/director/personal

\_\_\_\_\_  
Firma de la madre / tutor Fecha

**INFORMACIÓN MÉDICA DEL NIÑO**

Estado de salud actual o cualquier problema de salud que el cuidador debe conocer: \_\_\_\_\_

Medicación, si la hay: \_\_\_\_\_

Enumere cualquier alergia y/o intolerancia a alimentos, picaduras de insectos u otros factores que resulten en una reacción médica. Por favor, dar instrucciones claras en caso de exposición al factor: \_\_\_\_\_

Preocupaciones especiales: (Gafas, audífonos, muletas) \_\_\_\_\_

Cualquier actividad en la que los niños NO debería de participar: \_\_\_\_\_

Compañía que brinda cobertura de seguro de salud y/o accidentes: (Opcional) \_\_\_\_\_

Certifico que la información anterior es correcta según mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
Firma de la madre / tutor Fecha