

Departamento del Trabajo y Servicios a la Familia del Estado de Ohio  
**INSCRIPCIÓN DEL NIÑO E INFORMACIÓN SOBRE SALUD PARA  
 CENTROS DE ATENCIÓN INFANTIL Y HOGARES TIPO A**

**Esta forma debe llenarse antes del primer día de asistencia del niño y actualizarse cada año según sea necesario**

Nombre del niño		Fecha de nacimiento	Primer día en el Centro	
Dirección			Ciudad	
Estado	Código Postal	Número de teléfono en casa		
Nombre del padre/madre/tutor			Parentesco con el niño	
Dirección				
Ciudad		Estado	Código Postal	
Número de teléfono en casa		Teléfono celular		
Número de teléfono del trabajo/escuela		Nombre del trabajo/escuela		
Dirección del trabajo/escuela			Ciudad	
Por favor indique si este nombre debe incluirse en una lista de padres <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", por favor indique cuál número debe incluirse en la lista <input type="checkbox"/> Núm. del trabajo <input type="checkbox"/> Núm. celular <input type="checkbox"/> Núm. de casa				
<b>¿En dónde puede ser localizado mientras su niño está en este programa?</b>				
Nombre del padre/madre/tutor			Parentesco con el niño	
Dirección				
Ciudad		Estado	Ciudad	
Número de teléfono en casa		Teléfono celular		
Número de teléfono del trabajo/escuela		Nombre del trabajo/escuela		
Dirección del trabajo/escuela			Ciudad	
Por favor indique si este nombre debe incluirse en una lista de padres <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", por favor indique cuál número debe incluirse en la lista <input type="checkbox"/> Núm. del trabajo <input type="checkbox"/> Núm. celular <input type="checkbox"/> Núm. de casa				
<b>¿En dónde puede ser localizado mientras su niño está en este programa?</b>				
<b>Contactos para emergencias:</b> Los padres <b>no pueden ser</b> los contactos para emergencias. Dé el nombre de <u>cuando menos una persona</u> que pueda ser localizada en caso de una emergencia o enfermedad <b>si usted no puede ser localizado</b> . Cualquier persona de la lista debe poder ayudar a localizarle a usted y cuando menos una persona de la lista debe estar a menos de una hora del centro/hogar y debe poder encargarse del niño en caso de que usted no pueda ser localizado.				
Nombre		Nombre		
Ciudad	Estado	Ciudad	Estado	
Número de teléfono	Parentesco con el niño	Número de teléfono	Parentesco con el niño	
Otros números donde el contacto para emergencias pueda ser localizado (si se aplica)		Otros números donde el contacto para emergencias pueda ser localizado (si se aplica)		
Nombre del médico o clínica/hospital				
Dirección				
Ciudad		Estado	Número de teléfono	

Nombre del niño

**Alergias, condiciones especiales de salud o médicas, y suplementos alimenticios**

Llene esta sección en forma exacta y completa. Por favor note que si su niño tiene un estado de salud o médico **actual** que requiera personal de atención infantil para monitorear su condición, proporcionar tratamiento o cuidado, o darle medicamento, deberá llenar la forma JFS 01236 de "Plan de Atención Médica/Física" o una forma equivalente y/o debe llenar la JFS 01217 "Solicitud para Administración de Medicamento" y mantenerla en los archivos del centro u hogar tipo A.

¿Tiene su niño alguna alergia a alimentos, medicamento o el ambiente? (*marque todos los que se aplican*)

No

Sí – marque todos los que se aplican  Alimento  Medicamento  Ambiente Por favor dé un lista y explique:

¿Requieren las alergias de su niño personal de atención infantil para monitorear los síntomas del niño, actuar si ocurre una reacción, o dar medicamento de emergencia a su niño? (*marque uno*)

No

Sí – debe llenar la forma JFS 01236 "Plan de Atención Médica/Física" o una forma equivalente y, si se administra un medicamento, debe llenarse la forma JFS 01217 "Solicitud para Administración de Medicamento".

¿Tiene su niño alguna condición especial de salud o médica? (*marque una*)

No

Sí – por favor explique

¿Requiere la condición especial de salud o médica que personal de atención infantil realice un procedimiento, monitoree los síntomas de su niño o administre medicamento durante las horas de atención infantil (*marque una*)

No

Sí – debe llenar la forma JFS 01236 "Plan de Atención Médica/Física" o una forma equivalente y, si se administra un medicamento, debe llenarse la forma JFS 01217 "Solicitud para Administración de Medicamento".

¿Está su niño actualmente usando algún medicamento, suplemento alimenticio o alimento medicinal (tal como solución de electrolito)? (*marque una*)

No

Sí – por favor explique

Si "Sí", ¿necesita este medicamento, suplemento alimenticio o alimento medicinal ser administrado en el centro de cuidado infantil/hogar tipo A?

No

Sí – debe llenarse y conservarse en el archivo una forma JFS 01217 "Solicitud para Administración de Medicamento" para cada medicamento, suplemento alimenticio o alimento medicinal.

N/A – El programa no administra ningún medicamento.

¿Tiene su niño alguna restricción de dieta, incluyendo las de razones médicas, religiosas o culturales? (*marque una*)

No

Sí – por favor explique

¿Requiere esta restricción de dieta una dieta modificada que elimine todo tipo de leche líquida o todo un grupo de alimentos?  No

Sí – Las instrucciones escritas para el proveedor de cuidado infantil deben estar en la forma JFS 01217 "Solicitud para Administración de Medicamento".

N/A – El niño no asiste a un programa de tiempo completo.

Nombre del niño
-----------------

Dé una lista de cualquier historia previa de hospitalización, cirugía como paciente interno o problemas de salud que serían necesarios para ayudar a los empleados **o personal médico** en una situación de emergencia.

Proporcione cualquier información adicional sobre su niño que sería útil que el personal supiera, tal como temores, hábitos de comer o dormir, o rutinas especiales. Esta información no debe ser sobre salud o médica ya que eso se incluye en la página anterior.

### Declaración sobre uso de pañales

¿Avisa su niño para ir al baño?     Sí (Si "Sí", pase a la sección de Autorización para Transporte de Emergencia)     No

La política del programa es revisar los pañales cada \_\_\_\_ horas. Por favor indique si usted desea que el pañal de su niño se revise de acuerdo con la política del centro/hogar tipo A o con otra política.

Estoy de acuerdo con el horario del programa     No estoy de acuerdo, por favor revisen el pañal de mi niño cada \_\_\_\_ horas.

### Autorización para Transporte de Emergencia

Dar <b>Permiso</b> para transportar		<b>O</b> (No firme los dos)	<b>No dar permiso</b> para transportar	
Nombre del centro u hogar tipo A			Nombre del centro u hogar tipo A	
<b>tiene permiso</b> para conseguir transporte de emergencia para mi niño en caso de un enfermedad o lesión que requiera tratamiento de emergencia. El servicio de transporte de emergencia determinará a cuál establecimiento será transportado mi niño.			<b>no tiene permiso</b> para conseguir transporte de emergencia para mi niño en caso de un enfermedad o lesión que requiera tratamiento de emergencia. Deseo que se tome la siguiente acción:	
Firma del padre/madre	Fecha		Firma del padre/madre	Fecha

### Aceptación de las Políticas y Procedimientos

He recibido y revisado una copia de las políticas y procedimientos/manual del centro u hogar tipo A.

Firma del padre/madre/tutor	Fecha
-----------------------------	-------

### Firmas

Después de haber sido llenada y firmada por el padre/madre/tutor, el Administrador o quien él designe deberá revisar que esta forma esté completa y firmada antes que el niño reciba atención infantil. El Administrador pedirá al padre/madre/tutor que revise y ponga sus iniciales cuando se haga cualquier cambio/actualización y cuando menos cada año. El padre/madre/tutor y el Administrador o quien él designe deberán poner sus iniciales y la fecha para indicar la fecha en que se revisó.

Firmas del padre/madre/tutor		Fecha	
Firma del Administrador/Persona designada		Fecha	
Iniciales del padre/madre/tutor	Fecha de la revisión	Iniciales del Administrador/Persona designada	Fecha de la revisión
Iniciales del padre/madre/tutor	Fecha de la revisión	Iniciales del Administrador/Persona designada	Fecha de la revisión

Nota: Esta es una forma de uso obligatorio y deberá ser usada por los centros y hogares tipo A para cumplir con los requisitos de las reglas 5101:2-12-37 y 5101:2-13-37. Esta forma debe estar en los archivos del centro u hogar tipo A en o antes del primer día de asistencia del niño y a partir de esa fecha mientras el niño esté inscrito en el programa.