

Ohio Department of Job and Family Services
**INSCRIPCIÓN DEL NIÑO/A E INFORMACIÓN DE SALUD
 PARA EL CUIDADO INFANTIL**

**Este formulario se completará antes del primer día de asistencia del/de la niño/a
 y será actualizado anualmente, según sea necesario.**

Nombre del/de la niño/a		Fecha de nacimiento		Primer día en el programa/hogar	
Dirección de residencia				Ciudad	
Estado		Código postal	Número de teléfono del hogar		
Nombre de padre/madre/tutor #1			Relación con el/la niño/a		
Dirección de residencia <input type="checkbox"/> Igual que del niño/a			Número de teléfono del hogar <input type="checkbox"/> Igual que del niño/a		
Ciudad		Estado		Código postal	
Correo electrónico (si corresponde)			Teléfono celular (si corresponde)		
Nombre de trabajo/escuela de padre			Número de teléfono de trabajo/escuela de padre		
Dirección de trabajo/escuela de padre				Ciudad	
Indique si este nombre se debe divulgar si un padre/madre/tutor de un/a niño/a que asiste al programa/hogar solicita información de contacto de otros padres/tutores. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si su respuesta es sí, indique qué información de la que se encuentra arriba debe incluirse en la lista					
<input type="checkbox"/> Núm. trabajo		<input type="checkbox"/> Núm. celular		<input type="checkbox"/> Núm. hogar	
<input type="checkbox"/> Correo electrónico					
¿Dónde podemos contactarlo mientras su hijo/a está en este programa/hogar?					
Nombre de padre/tutor #2			Relación con el/la niño/a		
Dirección de residencia <input type="checkbox"/> Igual que del niño/a			Número de teléfono del hogar <input type="checkbox"/> Igual que del niño/a		
Ciudad		Estado		Código postal	
Correo electrónico (si corresponde)			Teléfono celular		
Nombre de trabajo/escuela de padre			Número de teléfono de trabajo/escuela de padre		
Dirección de trabajo/escuela de padre				Ciudad	
Indique si este nombre se debe divulgar si un padre/madre/tutor de un/a niño/a que asiste al programa/hogar solicita información de contacto de otros padres/tutores. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si su respuesta es sí, indique qué información de la que se encuentra arriba debe incluirse en la lista					
<input type="checkbox"/> Núm. trabajo		<input type="checkbox"/> Núm. celular		<input type="checkbox"/> Núm. hogar	
<input type="checkbox"/> Correo electrónico					
¿Dónde podemos contactarlo mientras su hijo/a está en este programa/hogar?					
<p>Contactos en caso de emergencia: Los padres no se pueden incluir como contacto de emergencia. Escriba el nombre de al menos una persona que se puede contactar en caso de una emergencia o enfermedad si no podemos comunicarnos con usted. Toda persona en la lista debe poder ayudar a contactarlo a usted. Al menos una de las personas en la lista debe poder responsabilizarse por el/la niño/a en caso de que el padre/madre/tutor no pueda ser contactado/a y debe tener por lo menos 18 años.</p>					
Nombre			Nombre		
Ciudad		Estado	Ciudad		Estado
Número de teléfono		Relación con el/la niño/a	Número de teléfono		Relación con el/la niño/a
Otros números cuando el contacto de emergencia no se puede localizar (si corresponde)			Otros números cuando el contacto de emergencia no se puede localizar (si corresponde)		
Nombre del médico o clínica/hospital					

Dirección		
Ciudad	Estado	Número de teléfono
Nombre del menor		
Alergias, afecciones médicas o de salud especiales y alimentos médicos		
<p>Llene esta sección de forma precisa y completa. Tenga presente que si su hijo/a tiene actualmente una enfermedad o afección médica que requiera que el personal de cuidado infantil realice atención específica para niños, como monitorear la afección, proveer tratamiento, cuidado o administrar medicamentos, se debe completar el "Plan de atención médica/física infantil para el cuidado infantil" JFS 01236 y mantenerse en el expediente en el programa/hogar.</p>		
<p>¿Tiene su hijo/a alergias a alimentos, medicamentos o ambientales? (<i>marque todas las que correspondan</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí - <i>marque todas las que correspondan</i> <input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Ambiental Enumere y explique:</p>		
<p>¿Requieren las alergias de su hijo/a que el personal de cuidado infantil monitoree a su hijo/a en busca de síntomas para tomar medidas si ocurre una reacción o administrarle medicamentos de emergencia a su hijo/a? (<i>marque uno</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí - se debe completar un "Plan de atención médica/física infantil para el cuidado infantil" JFS 01236.</p>		
<p>¿Tiene su hijo/a un retraso en el desarrollo o una afección médica o de salud especial? (<i>marque uno</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí - explique</p>		
<p>¿Requiere la afección médica o de salud especial que el personal de cuidado infantil realice un procedimiento o realice un cuidado específico del niño/a, como monitorear los síntomas de su hijo/a o administrar medicamentos durante las horas de cuidado infantil? (<i>marque uno</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí - se debe completar un "Plan de atención médica/física infantil para el cuidado infantil" JFS 01236.</p>		
<p>¿Está usando su hijo/a actualmente algún medicamento o alimento médico? (<i>marque uno</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí - explique</p>		
<p>Si contestó sí ¿es necesario administrar este medicamento o alimento médico en el programa/hogar de cuidado infantil?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí - se debe completar y mantener en el expediente una "Solicitud para la administración de medicamentos" JFS 01217 para cada medicamento y se debe completar un "Plan de atención médica/física infantil para el cuidado infantil" JFS 01236 para el alimento médico.</p>		
<p>¿Tiene su hijo/a alguna restricción dietética, incluidas aquellas por razones médicas, religiosas o culturales? (<i>marque uno</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí - explique</p>		
<p>¿Requiere esta restricción dietética una dieta modificada que elimine todos los tipos de leche líquida o un grupo de alimentos completo?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Sí - las instrucciones escritas del proveedor de atención médica del/de la niño/a deben estar en el expediente.</p> <p><input type="checkbox"/> N/C - el programa no proporciona comidas ni meriendas al/a la niño/a.</p>		

Nombre del/de la niño/a

Enumere cualquier historial de hospitalización, cirugía ambulatoria o problemas de salud previos que serían necesarios para ayudar al personal **o al personal médico** en una situación de emergencia.

No corresponde

Enumere cualquier información adicional sobre su hijo/a que sería útil que el personal supiera, como los temores o las formas en que su hijo/a prefiere que lo consuelen.

No corresponde

Enumere cualquier información adicional sobre su hijo/a que sería útil que el personal supiera, como hábitos de alimentación o de sueño.

No corresponde

Enumere cualquier información adicional sobre su hijo/a que sería útil que el personal supiera, como rutinas especiales o necesidades de comportamiento.

No corresponde

Nombre del/de la niño/a

Declaración de cambio de pañales

¿Está su hijo/a entrenado para ir al baño? Sí (Si la respuesta es sí, pase a la sección Autorización de transporte de emergencia)
 No (Si la respuesta es no, complete lo siguiente:)

La política del programa es revisar los pañales cada ____ horas. Indique si desea que se revise el pañal de su hijo/a de acuerdo con la política del programa u otra:

Estoy de acuerdo con el horario del programa No estoy de acuerdo, revise el pañal de mi hijo/a cada ____ horas.

Autorización de transporte de emergencia

Doy <u>permiso</u> para el transporte		O No firme ambos	No doy <u>permiso</u> para el transporte	
Nombre del programa u hogar			Nombre del programa u hogar	
tiene permiso para obtener transporte de emergencia para mi hijo/a en caso de una enfermedad o lesión que requiera tratamiento de emergencia. El servicio de transporte de emergencia determinará el centro al que se transportará mi hijo/a.			no tiene permiso para obtener transporte de emergencia para mi hijo/a en caso de una enfermedad o lesión que requiera tratamiento de emergencia. Deseo que se tome la siguiente medida:	
Firma de padre/madre	Fecha		Firma de padre/madre	Fecha

Reconocimiento de políticas y procedimientos

He revisado y recibido una copia de las políticas y procedimientos/manual del programa o del hogar. Sí No (marque uno)

Este formulario, después de ser completado y firmado por el padre/madre/tutor, debe revisarse para verificar que esté completo y firmado por el administrador/designado(a) antes de que el/la niño/a reciba el cuidado.

Firma(s) de padre/madre/tutor

Fecha

Firma de administrador/designado(a)

Fecha

El formulario debe tener sus iniciales y fecha, al menos una vez al año, después de que el padre/madre/tutor lo revise. Esto es para indicar que toda la información se ha mantenido igual o se han observado cambios. Si se necesitan cambios significativos, complete un nuevo formulario.

Iniciales padre/madre/tutor	Fecha de revisión	Iniciales de administrador/designado(a)	Fecha de revisión
Iniciales padre/madre/tutor	Fecha de revisión	Iniciales de administrador/designado(a)	Fecha de revisión
Iniciales padre/madre/tutor	Fecha de revisión	Iniciales de administrador/designado(a)	Fecha de revisión

Nota:

Este es un formulario prescrito que deben usar los proveedores de cuidado infantil para cumplir con los requisitos de las reglas 5101:2-12-15, 5101:2-13-15 y 5101:2-14-04.

Este formulario debe estar en el expediente en el programa o en el hogar el primer día de asistencia del/de la niño/a o antes y posteriormente mientras el/la niño/a esté inscrito/a.