

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
REGISTRO DE CUIDADO DIURNO

FOTO DEL NIÑO (Opcional)	NOMBRE DEL PROGRAMA:		DIRECCIÓN:		NÚMERO DE TELÉFONO () -	
	NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO(A): NOMBRE PREFERIDO/APODO:				FECHA DE NACIMIENTO: / /	
	DIRECCIÓN DE LA CASA DEL NIÑO(A):					
	NOMBRE DE LA PERSONA INSCRIBIENDO AL NIÑO(A):			RELACIÓN CON EL NIÑO(A): <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Tutor(a) <input type="checkbox"/> Encargado(a) <input type="checkbox"/> Pariente _____ <input type="checkbox"/> Otro _____		
NÚMERO(S) DE TELÉFONO DE LA PERSONA INSCRIBIENDO AL NIÑO(A): () - <input type="checkbox"/> puede enviar textos				DIRECCIÓN DE LA PERSONA INSCRIBIENDO AL NIÑO(A) (SI ES DIFERENTE A LA DEL NIÑO[A]):		
Correo electrónico:						
INFORMACIÓN DE EMERGENCIA	CONTACTOS DE EMERGENCIA/DIRECCIONES		Autorizado para recoger al niño(a)		NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL	
	Contacto principal:		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		() - <input type="checkbox"/> puede enviar textos	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		() - <input type="checkbox"/> puede enviar textos		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		() - <input type="checkbox"/> puede enviar textos		
For Program Use Only Date of Enrollment: / /				For Program Use Only Date of Disenrollment: / /		

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO(A):				FECHA DE NACIMIENTO: / /			
Marque las casillas de abajo para indicar si su hijo(a) tiene necesidades o servicios especiales: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Intervención temprana/Educación especial <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional <input type="checkbox"/> El habla/Lenguaje <input type="checkbox"/> Terapia física <input type="checkbox"/> Alergias (lista) _____ <input type="checkbox"/> Otra _____							
Por favor proporcione información aquí Y discuta con su proveedor de cuidado infantil:							
NOMBRE DEL MÉDICO PRINCIPAL DEL NIÑO(A)/GRUPO:				NÚMERO DE TELÉFONO: () -			
HOSPITAL PREFERIDO:				NÚMERO DE TELÉFONO: () -			
CUIDADO DENTAL DEL NIÑO(A):				NÚMERO DE TELÉFONO: () -			
Información sobre seguro de salud para niños está disponible llamando gratis al 1-800-698-4543 o visitando el portal del mercado del cuidado de la salud del Departamento de Salud del Estado de Nueva York: https://nystateofhealth.ny.gov/							
ACUERDOS							
• Yo doy mi consentimiento para tratamiento de emergencia para mi hijo(a).....						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
• Yo doy mi consentimiento para que mi hijo participe en viajes en el vecindario (p. ej., biblioteca, parque y patio de recreo) lejos del programa bajo supervisión apropiada.....						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
• Yo comprendo que el programa puede necesitar permisos adicionales para situaciones tales como transportación, divulgación de información médica, y viajes de campo.....						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
• Yo proporcioné al programa información sobre las necesidades especiales de mi hijo(a) para ayudar en su cuidado.....						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
• Yo comprendo que al inscribir al niño(a) el programa debe dar a los padres una declaración escrita de su política, conforme a la regulación.....						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
• Estoy de acuerdo en revisar y actualizar esta información cuando ocurran cambios, por lo menos cada año.....						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
FIRMA DEL PADRE/ MADRE O PERSONA(S) LEGALMENTE RESPONSABLE(S):				FECHA: / /			