

## INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN Y DE EMERGENCIA GUARDERÍAS / HOGARES PARA EL CUIDADO DE NIÑOS

**Este formulario tiene que ser completado por el padre/madre o el representante autorizado.**

NOMBRE DEL NIÑO	APELLIDO	SEGUNDO	PRIMER NOMBRE	SEXO	TELÉFONO ( )
DIRECCIÓN	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	C. P. FEC. NAC.
NOMBRE DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO	APELLIDO	SEGUNDO	PRIMER NOMBRE	TELÉFONO DEL TRABAJO ( )	
DIR. DEL HOGAR	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	C. P. TELÉFONO DEL HOGAR ( )
NOMBRE DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO	APELLIDO	SEGUNDO	PRIMER NOMBRE	TELÉFONO DEL TRABAJO ( )	
DIR. DEL HOGAR	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	C. P. TELÉFONO DEL HOGAR ( )
PERSONA RESPONSABLE DEL NIÑO	APELLIDO	SEGUNDO	PRIMER NOMBRE	TEL. DEL HOGAR ( )	TELÉFONO DEL TRABAJO ( )

### PERSONAS ADICIONALES QUE SE PUEDEN LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	RELACIÓN CON EL NIÑO

### MÉDICO O DENTISTA QUE SE DEBE LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

MÉDICO	DIRECCIÓN	NOMBRE Y N.º DEL PLAN MÉDICO	TELÉFONO ( )
DENTISTA	DIRECCIÓN	NOMBRE Y N.º DEL PLAN MÉDICO	TELÉFONO ( )

SI NO PUEDE COMUNICARSE CON EL MÉDICO, ¿QUÉ ACCIÓN SE DEBE TOMAR?

LLAMAR AL HOSPITAL DE EMERGENCIA  OTRO (EXPLIQUE): \_\_\_\_\_

**NOMBRES DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA LLEVARSE AL NIÑO DEL ESTABLECIMIENTO**  
 (AL NIÑO NO SE LE PERMITIRÁ SALIR CON NINGUNA OTRA PERSONA SIN LA AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DEL PADRE/MADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO).

NOMBRE	RELACIÓN CON EL NIÑO

¿A QUÉ HORA RECOGERÁ AL NIÑO?

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL O REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA
--------------------------------------------------------------	-------

**ESTA SECCIÓN SERÁ COMPLETADA POR EL DIRECTOR/ADMINISTRADOR DEL ESTABLECIMIENTO O POR LA PERSONA CON LICENCIA DEL HOGAR PARA EL CUIDADO DE NIÑOS.**

DATE OF ADMISSION	LAST DATE OF ENROLLMENT
-------------------	-------------------------