



# FORMULARIO DE REGISTRO DE CUIDADO INFANTIL

<b>Fecha de inscripción</b>	
<b>Fecha de salida del cuidado de niños</b>	

Nombre y apellido	Nombre utilizado	Fecha de nacimiento

Dirección	Ciudad	Código postal	Correo electrónico:

<b>#1 Nombre del padre/tutor del niño</b>	
---	--

número de teléfono/celular y operador	numero de telefono de trabajo de 10 digitos

Dirección	Ciudad	Código postal

Dirección donde se le puede localizar mientras el niño está bajo cuidado	Ciudad	Código postal

<b>#2 Nombre del padre/tutor del niño</b>	
---	--

número de teléfono/celular y operador	numero de telefono de trabajo de 10 digitos

Dirección	Ciudad	Código postal	Correo electrónico:

Dirección donde se le puede localizar mientras el niño está bajo cuidado	Ciudad	Código postal



**Otras personas a las que notificar si no se puede contactar al padre 1 o 2 durante una emergencia**

Nombre legal	Dirección	número de teléfono de 10 dígitos
Relación:		Trabajar: Celular/Casa:

**Aparte de usted (padre 1 o 2), ¿quién más tiene permiso para recoger a su hijo?**

Nombre legal	Dirección	número de teléfono de 10 dígitos
		Trabajar: Celular/Casa:



**¿Quién no tiene permiso para recoger a su hijo? Se debe proporcionar la documentación de una orden de restricción.**

Nombre	Razón

**Información de salud del niño**

Fecha del último examen físico del niño/nina:	Proveedor de atención médica del niño	número de teléfono de 10 dígitos

Dirección	Ciudad	Código postal

Problemas de salud especiales	Alergias, incluidas reacciones a medicamentos

Medicamentos regulares	Otra información importante

Nombre del dentista del niño	número de teléfono de 10 dígitos

Dirección	Ciudad	Código postal

**Cobertura de seguro médico para niños.**

Nombre de la compañía de seguros:	Número de miembro/póliza:
Nombre del titular de la póliza:	Nombre del empleador:
Nombre de la compañía de seguros:	Número de miembro/póliza:
Nombre del titular de la póliza:	Nombre del empleador:



## Consent to medical care and treatment of minor children

Doy permiso para que mi hijo, \_\_\_\_\_

puede recibir tratamiento de emergencia por parte de un proveedor de cuidado infantil calificado en

**Seed of Life Center for Early Learning and Preschool, Inc @ MLK 6725 45th Ave S, WA 98118.**

**Nombre y/o dirección**

Cuando no puedo ser contactado, autorizo y doy mi consentimiento para que un médico autorizado, un proveedor de atención médica, un hospital o un asistente de un vehículo de asistencia realicen a mi hijo atención, tratamiento y procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios cuando lo considere necesario o aconsejable el médico o Ayudar al asistente del automóvil para salvaguardar la salud de mi hijo. Renuncio a mi derecho de consentimiento informado a dicho tratamiento. I also give my permission for my child to be transported by ambulance or aid car to an emergency center for treatment.

Certifico bajo pena de perjurio según las leyes del estado de Washington que esta información es verdadera y correcta.

#1 Firma del Padre / Tutor	Fecha	#2 Firma del Padre / Tutor	Fecha