Contrato de Admisión & Evaluación de Salud del Niño/a

Nombre del Niño/a	Sobrenombre/apodo	Fecha de nacimiento	Género (marque uno)	Fecha de Matriculación (si el niño se retira, marque el cuadro)
		___/___/_____	F ☐ M ☐	___/___/_____ ☐
		___/___/_____	F ☐ M ☐	___/___/_____ ☐
		___/___/_____	F ☐ M ☐	___/___/_____ ☐

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre de la Madre/Tutora: _____ Teléfono: _____

Empleador: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Nombre del Padre/Tutor: _____ Teléfono: _____

Empleador: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Contactos de Emergencia (Aparte de los Padres) y Personas Autorizadas a Recoger al Niño/a
(A menos que haya una orden de la corte que lo prohiba, los padres que no esten en esta lista puenden recoger a sus hijos.)

Nombre	Relación con el Niño/a	Dirección	Numero de Teléfono
☐ Marque aquí si no tiene contactos de emergencia, aparte de los padres. ☐ Marque aquí si no tiene personas autorizadas para recoger al niño, aparte de los padres.			
Nombre de un Contacto Fuera del Área/Estado (Si hay disponible)	**Relación con el Niño/a**	**Dirección**	**Numero de Teléfono**
☐ Marque aquí si no hay un contacto fuera del área/estado disponible.			

En caso de emergencia o una enfermedad seria, cuando los padres no puedan ser contactados de inmediato, yo por medio de la presente autorizo a la proveedora a obtener cuidados médicos de emergencia y/o proveer transportación médica de emergencia para mi niño.

_____ _____/_____/_____
Firma de uno de los Padres o Tutores Fecha

Por medio de la presente otorgo permiso a la proveedora de transportar a mi hijo/a en su vehículo (opcional):

☐ A y De la Escuela ☐ En Paseos ☐ Otro: _____

_____ _____/_____/_____
Firma de uno de los Padres o Tutores Fecha

(Vea la hoja al reverso para la Evaluación de Salud requerida)

Esta forma es proveída con propósitos de asistencia técnica únicamente. Las proveedoras pueden usar esta forma si así lo desean, pero **no** es un requisito usarla.

Evaluación de Salud del Niño/a
Favor de Escribir Claramente
(Sólo un niño/a en esta página)

Nombre del Niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: (mes/día/año) _____

Marque Todo lo que Aplique
¿Tiene su niño/a alguna alergia conocida o sensibilidades a:

	No	Si	En caso de que si, favor de listar:
Medicinas?	☐	☐	_____
Comidas?	☐	☐	_____
Otro?	☐	☐	_____

Enfermedades o Condiciones Médicas
¿Tiene su niño/a algo de lo siguiente?

	No	Si		No	Si
Asma	☐	☐	Problemas con la Visión	☐	☐
Diabetes	☐	☐	Retrasos en el Desarrollo	☐	☐
Ataques Repentinos	☐	☐	Impedimentos Físicos	☐	☐
Problemas del Corazón	☐	☐	Problemas de Comportamiento o Emocionales	☐	☐
Problemas de Audición	☐	☐	Otro: _____		

Favor de compartir información de salud adicional o instrucciones especiales que usted sienta que debamos saber:

_____

_____

_____

Escriba cualquier medicina regular que su niño/a tome: _____

El nombre del Proveedor Medico del niño/a: _____

_____ _____/_____/_____
Firma de uno de los Padres o Tutores Fecha

Esta forma debe llenarse por cada niño/a registrado, al igual que revisarse y actualizarse **anualmente** por uno de los padres/tutores.

Fecha de revisión/actualización: _____/_____/_____ Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha de revisión/actualización: _____/_____/_____ Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha de revisión/actualización: _____/_____/_____ Firma del Padre/Tutor: _____

Esta forma es proveída con propósitos de asistencia técnica únicamente. Las proveedoras pueden usar esta forma si así lo desean, pero **no** es un requisito usarla.