

## 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 ___	___/___/___ <input type="checkbox"/>
		___/___/___	F ___ M ___	___/___/___ <input type="checkbox"/>
		___/___/___	F ___ M ___	___/___/___ <input type="checkbox"/>

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 prohíba, los padres que no esten en esta lista pueden 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con la Visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retrasos en el Desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataques Repentinos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Impedimentos Físicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas del Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Comportamiento o Emocionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de Audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro: _____		

Favor de compartir información de salud adicional o instrucciones especiales que usted sienta que debemos 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.