

ESTADO DE NUEVA YORK  
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS  
**HOJA DE ASISTENCIA DE CUIDADO INFANTIL**

Mes: \_\_\_\_\_

Centro: \_\_\_\_\_

Año: \_\_\_\_\_

Nombre del Programa: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** Se deben registrar las horas actuales de entrada y salida en los espacios apropiados. Marque la casilla apropiada si el niño está ausente. Si el niño no se presentó, marque la casilla que indica que el padre/madre fue contactado(a). Los chequeos de salud a diario deben registrarse después de realizarse. Si hay preocupaciones de salud, se deben escribir las notas en la parte inferior de este formulario. Los participantes de CACFP pueden usar este formulario para registrar la comida de cada niño cada día.

NOMBRE DEL NIÑO	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			Total de Comidas
	COMIDA*	Fecha		COMIDA*	Fecha		COMIDA*	Fecha		COMIDA*	Fecha		COMIDA*	Fecha		
Primer Nombre	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u> <u>SALE</u>		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u> <u>SALE</u>		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u> <u>SALE</u>		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u> <u>SALE</u>		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u> <u>SALE</u>		__ D __ AM __ A __ PM
Apellido	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		__ C __ N
DOB: / /																
Primer Nombre	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u> <u>SALE</u>		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u> <u>SALE</u>		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u> <u>SALE</u>		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u> <u>SALE</u>		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u> <u>SALE</u>		__ D __ AM __ A __ PM
Apellido	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		__ C __ N
DOB: / /																
Primer Nombre	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u> <u>SALE</u>		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u> <u>SALE</u>		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u> <u>SALE</u>		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u> <u>SALE</u>		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u> <u>SALE</u>		__ D __ AM __ A __ PM
Apellido	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		__ C __ N
DOB: / /																
Primer Nombre	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u> <u>SALE</u>		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u> <u>SALE</u>		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u> <u>SALE</u>		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u> <u>SALE</u>		<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u> <u>SALE</u>		__ D __ AM __ A __ PM
Apellido	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		__ C __ N
DOB: / /																

\*D=Desayuno; AM= Merienda AM; A= Almuerzo; PM= Merienda PM; C= Cena; N= Merienda de noche      **Totales de Página**   D \_\_\_\_ AM \_\_\_\_ A \_\_\_\_ PM \_\_\_\_ C \_\_\_\_ N \_\_\_\_

**Notas:**

NOMBRE DEL NIÑO	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			Total de Comidas
	COMIDA*	Fecha / /		COMIDA*	Fecha / /		COMIDA*	Fecha / /		COMIDA*	Fecha / /		COMIDA*	Fecha / /		
Primer Nombre	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u>	<u>SALE</u>	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u>	<u>SALE</u>	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u>	<u>SALE</u>	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u>	<u>SALE</u>	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u>	<u>SALE</u>	__ D __ AM __ A __ PM __ C __ N
Apellido	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		

NOMBRE DEL NIÑO	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			Total de Comidas
	COMIDA*	Fecha / /		COMIDA*	Fecha / /		COMIDA*	Fecha / /		COMIDA*	Fecha / /		COMIDA*	Fecha / /		
Primer Nombre	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u>	<u>SALE</u>	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u>	<u>SALE</u>	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u>	<u>SALE</u>	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u>	<u>SALE</u>	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u>	<u>SALE</u>	__ D __ AM __ A __ PM __ C __ N
Apellido DOB: / /	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		

NOMBRE DEL NIÑO	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			Total de Comidas
	COMIDA*	Fecha / /		COMIDA*	Fecha / /		COMIDA*	Fecha / /		COMIDA*	Fecha / /		COMIDA*	Fecha / /		
Primer Nombre	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u>	<u>SALE</u>	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u>	<u>SALE</u>	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u>	<u>SALE</u>	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u>	<u>SALE</u>	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u>	<u>SALE</u>	__ D __ AM __ A __ PM __ C __ N
Apellido DOB: / /	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		

NOMBRE DEL NIÑO	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			Total de Comidas
	COMIDA*	Fecha / /		COMIDA*	Fecha / /		COMIDA*	Fecha / /		COMIDA*	Fecha / /		COMIDA*	Fecha / /		
Primer Nombre	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u>	<u>SALE</u>	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u>	<u>SALE</u>	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u>	<u>SALE</u>	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u>	<u>SALE</u>	<input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> PM	<u>ENTRA</u>	<u>SALE</u>	__ D __ AM __ A __ PM __ C __ N
Apellido DOB: / /	<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		<input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Chequeo salud <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> No se presentó /se llamó		

\*D=Desayuno; AM= Merienda AM; A= Almuerzo; PM= Merienda PM; C= Cena; N= Merienda de noche

Totales de Página D \_\_\_\_ AM \_\_\_\_ A \_\_\_\_ PM \_\_\_\_ C \_\_\_\_ N \_\_\_\_

Notas: