

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
FORMULARIO DE RESERVACIÓN DE EMERGENCIA

Nombre completo del niño	Fecha de Nacimiento: / /	Género:
--------------------------	--	---------

Instrucciones

- Para ser completado por el padre/madre/tutor(a) antes de la reservación de emergencia.
- Se requiere la firma de un padre/madre/tutor(a).

Se deben contestar las siguientes preguntas:

- Sí No Dentro de los últimos 14 días, ¿ha viajado su hijo a un país que los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) han declarado que se deben evitar para viajes innecesarios y donde los viajeros deben tomar intensas precauciones? (China, Irán, Italia, Corea del Sur, Japón)
- Sí No ¿Ha tenido su hijo contacto con **alguna persona confirmada de tener COVID-19 o una persona que está bajo investigación por COVID-19?**
- Sí No ¿Tiene su hijo síntomas de una infección respiratoria (por ejemplo, tos, dolor de garganta, fiebre, falta de aliento)?
- Sí No ¿Está usted o alguien en su hogar en cuarentena activa?
- Sí No ¿Esta su hijo inscrito en una escuela o programa de cuidado infantil?
Si contestó "sí", por favor provea el nombre(s) de la escuela de su hijo y/o programa de cuidado infantil:
- Sí No ¿Está la escuela de su hijo bajo cierre mandatorio debido a un caso confirmado de COVID-19?
- Sí No ¿Está el programa de su hijo bajo cierre mandatorio debido a un caso confirmado de COVID-19?

Información de contacto

Dirección del hogar del niño:			
Nombre del padre/madre y dirección (si es diferente a la del niño):			
Teléfono del padre/madre (hogar, celular y trabajo):			
CONTACTO DE EMERGENCIA NOMBRES/DIRECCIONES	AUTORIZADO PARA RECOGER AL NIÑO	NÚMERO DE TELÉFONO () -	OTRO NÚMERO DE TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO () -
Contacto principal:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> OK textear	<input type="checkbox"/> OK textear
Contacto de emergencia:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> OK textear	<input type="checkbox"/> OK textear
Contacto de emergencia:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> OK textear	<input type="checkbox"/> OK textear

Especificaciones de salud	Comentarios
¿Tiene su hijo alguna alergia? (Especifique) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Toma un medicamento regularmente? (Especifique la dieta y condición) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Se requiere una dieta especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Existen condiciones de audición, visuales o dentales que requieren atención especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Hay condiciones médicas o de desarrollo que requieren atención especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Información del proveedor de atención médica del niño

Médico de atención primaria/Grupo:	Número de teléfono: () -
Hospital preferido:	Número de teléfono: () -
Cuidado dental del niño:	Número de teléfono: () -

Consentimientos

<ul style="list-style-type: none"> • Consiento a tratamientos de emergencia para mi hijo. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No • Mi hijo está al día con las inmunizaciones. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

La información anterior con respecto a la salud de mi hijo es verdadera y exacta. A mi mejor entendimiento, mi hijo está libre de enfermedades contagiosas y transmisibles y puede participar en este programa.	
Firma del padre/madre/tutor(a):	Fecha: / /
Nombre en letra de imprenta:	