OCFS-6027-S (05/2023)

ESTADO DE NUEVA YORK
OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS

HOJA DE ASISTENCIA DE CUIDADO INFANTIL
SIETE DÍAS

Mes: _____ **ID del Centro:** _____

Año: _____ **Programa:** _____

INSTRUCCIONES: Los tiempos reales de entrada y salida deben registrarse en los espacios a continuación. Marque la casilla apropiada si el niño está ausente. Si el niño no se presentó, indique que se contactó a los padres. El chequeo diario de atención médica debe indicarse después de realizarlo. Si hay inquietudes sobre la atención médica, se deben escribir notas y mantenerlas confidenciales.

Nombre del Niño	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	Fecha: / /		Fecha: / /		Fecha: / /		Fecha: / /		Fecha: / /		Fecha: / /		Fecha: / /	
Primer Nombre:	☐ Ausente ☐ Chequeo de salud ☐ No vino/se le llamó		☐ Ausente ☐ Chequeo de salud ☐ No vino/se le llamó		☐ Ausente ☐ Chequeo de salud ☐ No vino/se le llamó		☐ Ausente ☐ Chequeo de salud ☐ No vino/se le llamó		☐ Ausente ☐ Chequeo de salud ☐ No vino/se le llamó		☐ Ausente ☐ Chequeo de salud ☐ No vino/se le llamó		☐ Ausente ☐ Chequeo de salud ☐ No vino/se le llamó	
Apellido:	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA
DOB: / /														

Nombre del Niño	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	Fecha: / /		Fecha: / /		Fecha: / /		Fecha: / /		Fecha: / /		Fecha: / /		Fecha: / /	
Primer Nombre:	☐ Ausente ☐ Chequeo de salud ☐ No vino/se le llamó		☐ Ausente ☐ Chequeo de salud ☐ No vino/se le llamó		☐ Ausente ☐ Chequeo de salud ☐ No vino/se le llamó		☐ Ausente ☐ Chequeo de salud ☐ No vino/se le llamó		☐ Ausente ☐ Chequeo de salud ☐ No vino/se le llamó		☐ Ausente ☐ Chequeo de salud ☐ No vino/se le llamó		☐ Ausente ☐ Chequeo de salud ☐ No vino/se le llamó	
Apellido:	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA
DOB: / /														

Nombre del Niño	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	Fecha: / /		Fecha: / /		Fecha: / /		Fecha: / /		Fecha: / /		Fecha: / /		Fecha: / /	
Primer Nombre:	☐ Ausente ☐ Chequeo de salud ☐ No vino/se le llamó		☐ Ausente ☐ Chequeo de salud ☐ No vino/se le llamó		☐ Ausente ☐ Chequeo de salud ☐ No vino/se le llamó		☐ Ausente ☐ Chequeo de salud ☐ No vino/se le llamó		☐ Ausente ☐ Chequeo de salud ☐ No vino/se le llamó		☐ Ausente ☐ Chequeo de salud ☐ No vino/se le llamó		☐ Ausente ☐ Chequeo de salud ☐ No vino/se le llamó	
Apellido:	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA
DOB: / /														

Nombre del Niño	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	Fecha: / /		Fecha: / /		Fecha: / /		Fecha: / /		Fecha: / /		Fecha: / /		Fecha: / /	
Primer Nombre:	☐ Ausente ☐ Chequeo de salud ☐ No vino/se le llamó		☐ Ausente ☐ Chequeo de salud ☐ No vino/se le llamó		☐ Ausente ☐ Chequeo de salud ☐ No vino/se le llamó		☐ Ausente ☐ Chequeo de salud ☐ No vino/se le llamó		☐ Ausente ☐ Chequeo de salud ☐ No vino/se le llamó		☐ Ausente ☐ Chequeo de salud ☐ No vino/se le llamó		☐ Ausente ☐ Chequeo de salud ☐ No vino/se le llamó	
Apellido:	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA
DOB: / /														

Nombre del Niño	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SÁBADO		DOMINGO	
	Fecha: / /		Fecha: / /		Fecha: / /		Fecha: / /		Fecha: / /		Fecha: / /		Fecha: / /	
Primer Nombre:	☐ Ausente ☐ Chequeo de salud ☐ No vino/se le llamó		☐ Ausente ☐ Chequeo de salud ☐ No vino/se le llamó		☐ Ausente ☐ Chequeo de salud ☐ No vino/se le llamó		☐ Ausente ☐ Chequeo de salud ☐ No vino/se le llamó		☐ Ausente ☐ Chequeo de salud ☐ No vino/se le llamó		☐ Ausente ☐ Chequeo de salud ☐ No vino/se le llamó		☐ Ausente ☐ Chequeo de salud ☐ No vino/se le llamó	
Apellido:	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA	ENTRADA	SALIDA
DOB: / /														