

ESTADO DE NUEVA YORK
 OFICINA DE SERVICIOS PARA NIÑOS Y FAMILIAS
REGISTRO DE CUIDADO DIURNO

FOTO DEL NIÑO (Opcional)	Nombre completo del niño(a):		Fecha de nacimiento:	Género:
	Nombre preferido/apodo:		/ /	
	Dirección de la casa del niño(a):			
	Nombre de la persona inscribiendo al niño(a):		Relación con el niño(a):	
		<input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Tutor(a) <input type="checkbox"/> Encargado(a) <input type="checkbox"/> Pariente _____ <input type="checkbox"/> Co Otra _____		
Número(s) de teléfono de la persona inscribiendo al niño(a): () - <input type="checkbox"/> puede enviar textos		Dirección de la persona inscribiendo al niño(a) (si es diferente a la del niño[a]):		
Correo electrónico:				
INFORMACIÓN DE EMERGENCIA	CONTACTOS DE EMERGENCIA/DIRECCIONES	Autorizado para recoger al niño(a)	NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL	OTRO NÚMERO DE TELÉFONO/ CORREO ELECTRÓNICO
	Contacto principal:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> puede enviar textos	<input type="checkbox"/> puede enviar textos
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> puede enviar textos	<input type="checkbox"/> puede enviar textos
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> puede enviar textos	<input type="checkbox"/> puede enviar textos
<i>For Program Use Only</i> Date of Enrollment: / /		<i>For Program Use Only</i> Date of Disenrollment: / /		

Nombre completo del niño(a):		Fecha de nacimiento:
		/ /
Marque las casillas de abajo para indicar si su hijo(a) tiene necesidades o servicios especiales: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Intervención temprana/ Educación especial <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional <input type="checkbox"/> El habla/Lenguaje <input type="checkbox"/> Terapia física <input type="checkbox"/> Alergias (lista) _____ <input type="checkbox"/> Otra _____		
Por favor proporcione información aquí Y discuta con su proveedor de cuidado infantil:		
Nombre del médico principal del niño(a)/Grupo:		Número de teléfono: () -
Hospital preferido:		Número de teléfono : () -
Cuidado dental del niño(a):		Número de teléfono: () -
Información sobre seguro de salud para niños está disponible llamando gratis al 1-800-698-4543 o visitando el portal del mercado del cuidado de la salud del Departamento de Salud del Estado de Nueva York: https://nystateofhealth.ny.gov/		
ACUERDOS		
• Yo doy mi consentimiento para tratamiento de emergencia para mi hijo(a).....		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
• Yo doy mi consentimiento para que mi hijo participe en viajes en el vecindario (p. ej., biblioteca, parque y patio de recreo) lejos del programa bajo supervisión apropiada.....		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
• Yo comprendo que el programa puede necesitar permisos adicionales para situaciones tales como transportación, divulgación de información médica, y viajes de campo.....		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
• Yo proporcioné al programa información sobre las necesidades especiales de mi hijo(a) para ayudar en su cuidado.....		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
• Yo comprendo que al inscribir al niño(a) el programa debe dar a los padres una declaración escrita de su política, conforme a la regulación.....		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
• Estoy de acuerdo en revisar y actualizar esta información cuando ocurran cambios, por lo menos cada año.....		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
FIRMA PADRE/MADREO PERSONA(S) LEGALMENTE RESPONSABLE(S):		FECHA: / /