



Rhode Island Department of Human Services

Cuidados Infantiles Autorizados: Formulario de Información del Niño

Información del Niño			
Nombre Completo del Niño:			
Fecha de Nacimiento (DD/MM/AAAA):		Sexo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Lengua Materna:			
Idioma Secundario:			
Dirección Principal			
Número y Calle:			
Ciudad/Municipio:	Estado:	Código Postal:	
Información de la Escuela (<i>Edad escolar, desarrollo preescolar, intervención temprana, servicios, etc</i>)			
Nombre de la Escuela/Programa:		Teléfono:	() -
Número y Calle:			
Ciudad/Municipio:	Estado:	Código Postal:	

Información del Padre de Familia/Tutor Legal 1			
Nombre Completo del Padre/Tutor:			
Papel del Padre/Tutor: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo <input type="checkbox"/> Otro: _____			
Información de Contacto			
Teléfono Principal:	() -	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa	
Teléfono Secundario:	() -	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa	
Correo Electrónico:			
Dirección de la Casa			<input type="checkbox"/> Misma que el menor
Número y Calle:			
Ciudad/Municipio:	Estado:	Código Postal:	
Información de Empleador			
Nombre del Empleador:			
Dirección:			

Formulario de Información del Niño

Nombre del Niño: _____

Información del Padre de Familia/Tutor Legal 1							
Ciudad/Municipio:		Estado:		Código Postal:			
Horario Regular							
Día:	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horas:							

Información del Padre de Familia/Tutor Legal 2							
Nombre Completo del Padre/Tutor: _____							
Papel del Padre/Tutor: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo <input type="checkbox"/> Otro: _____							
Información de Contacto							
Teléfono Principal:	()	-	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa				
Teléfono Secundario:	()	-	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa				
Correo Electrónico: _____							
Dirección de la Casa							<input type="checkbox"/> Misma que el menor
Número y Calle: _____							
Ciudad/Municipio:		Estado:		Código Postal:			
Información de Empleador							
Nombre del Empleador: _____							
Dirección: _____							
Ciudad/Municipio:		Estado:		Código Postal:			
Horario Regular							
Día:	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horas:							

Miembros Adicionales en el Hogar del Niño	
Nombre Completo:	Parentesco:

Formulario de Información del Niño

Nombre del Niño: _____

Información Adicional del Niño			
Se recomienda que se envíe una copia de este formulario al maestro/proveedor directo del niño.			
Socioemocional			
Hábitos del Niño:			
Temores del Niño:			
Juguetes/Actividades Favoritas:			
Intereses del Niño:			
¿Cómo consuela usted a su hijo?			
¿Cómo guía usted el comportamiento de su hijo?			
Hábitos en el Baño			
¿Está su hijo entrenado para ir al baño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Casi/Iniciando	¿Su hijo le indica cuándo tiene que ir al baño? Si es así, ¿cómo lo hace?	
¿Su hijo es propenso a la dermatitis del pañal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Qué utiliza para tratar la dermatitis del pañal?	<input type="checkbox"/> Crema <input type="checkbox"/> Aceite <input type="checkbox"/> Talco <input type="checkbox"/> Otro:
Hábitos de Sueño			
¿Duerme su hijo en una cuna?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Siesta regular/ tiempo y/o hábitos de la siesta:	
Salud			
Condiciones físicas especiales y/o discapacidades:	<input type="checkbox"/> Sí: En caso afirmativo, por favor explique: <input type="checkbox"/> No		
Medicamentos habituales:	<input type="checkbox"/> Sí: En caso afirmativo, por favor explique: <input type="checkbox"/> No		
Alergias:	<input type="checkbox"/> Sí *: en caso afirmativo, complete la hoja de información sobre alergias <input type="checkbox"/> No		

Formulario de Información del Niño

Nombre del Niño: _____

Horario de Cuidado Infantil							
Día:	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Llegada:	AM / PM	AM / PM	AM / PM	AM / PM	AM / PM	AM / PM	AM / PM
Salida:	AM / PM	AM / PM	AM / PM	AM / PM	AM / PM	AM / PM	AM / PM

Restricciones de Acceso a los Padres

Si existen restricciones temporales o permanentes de acceso de una persona a su hijo, lea y complete esta sección detenidamente. Tenga en cuenta lo siguiente: si la(s) persona(s) restringida(s) son el (los) padre(s) biológico(s) de un niño(a), para cumplir con los permisos establecidos a continuación, los programas DEBEN haber recibido una copia de toda la documentación judicial relacionada con las órdenes de restricción, custodia física/legal, custodia compartida, etc. Sin documentación judicial, los programas/proveedores no pueden impedir el acceso de los padres biológicos a un niño.

Nombre de Persona Restringida: _____				Parentesco con el Niño: _____		
La persona mencionada anteriormente tiene permiso para ver al niño en los días siguientes:						
Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Nombre de Persona Restringida: _____				Parentesco con el Niño: _____		
La persona mencionada anteriormente tiene permiso para ver al niño en los días siguientes:						
Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Nombre de Persona Restringida: _____				Parentesco con el Niño: _____		
La persona mencionada anteriormente tiene permiso para ver al niño en los días siguientes:						
Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Reconocimiento Jurado

Al firmar este formulario, reconozco que la información contenida en este documento es verídica y precisa. Entiendo que es mi responsabilidad informar al programa/proveedor en caso de cualquier cambio o actualización de la información en este formulario.

Nombre del Padre de Familia/Tutor Legal (letra de molde)

Parentesco con el Niño

Firma del Padre de Familia/Tutor Legal

Fecha