



Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island

Cuidado infantil con licencia: Formulario de información del niño

Actualizado 2/2023

Información sobre el niño							
Nombre completo del niño:				Fecha de inscripción:			
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):			Sexo:		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Idioma principal:			Idioma secundario:				
Dirección principal							
Número y calle:							
Ciudad/Pueblo:			Estado:		Código postal:		
Información de la escuela				<input type="checkbox"/> N/A (el niño no asiste a un programa adicional)			
Nombre de la escuela/programa:				Teléfono: () -			
Número y calle:							
Ciudad/Pueblo:			Estado:		Código postal:		
Información del padre/tutor 1							
Nombre completo del padre/tutor:							
Rol del padre/tutor:		<input type="checkbox"/> Madre/padre <input type="checkbox"/> Madrastra/padrastro <input type="checkbox"/> Padre de acogida <input type="checkbox"/> Otros: _____					
Información de contacto							
Teléfono principal:		() -		<input type="checkbox"/> Teléfono móvil <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa			
Teléfono secundario:		() -		<input type="checkbox"/> Teléfono móvil <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa			
Correo electrónico:							
Domicilio						<input type="checkbox"/> Igual que el niño	
Número y calle:							
Ciudad/Pueblo:			Estado:		Código postal:		
Información del empleador							
Nombre del empleador:							
Dirección:							
Ciudad/Pueblo:			Estado:		Código postal:		
Horario típico							
Día:	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Formulario de información del niño

Nombre del niño: _____

Horas:							
--------	--	--	--	--	--	--	--

Información del padre/tutor 2

Nombre completo del padre/tutor:	
----------------------------------	--

Rol del padre/tutor:	<input type="checkbox"/> Madre/padre <input type="checkbox"/> Madrastra/padrastro <input type="checkbox"/> Padre de acogida <input type="checkbox"/> Otros: _____
----------------------	--

Información de contacto

Teléfono principal:	() -	<input type="checkbox"/> Teléfono móvil <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa
---------------------	-------	---

Teléfono secundario:	() -	<input type="checkbox"/> Teléfono móvil <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa
----------------------	-------	---

Correo electrónico:	
---------------------	--

Domicilio	<input type="checkbox"/> Igual que el niño
-----------	--

Número y calle:	
-----------------	--

Ciudad/Pueblo:	Estado:	Código postal:
----------------	---------	----------------

Información del empleador

Nombre del empleador:	
-----------------------	--

Dirección:	
------------	--

Ciudad/Pueblo:	Estado:	Código postal:
----------------	---------	----------------

Horario típico

Día:	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horas:							

Miembros adicionales del hogar del niño

Nombre completo:		Relación:	

Información adicional del niño

Se recomienda que este formulario se copie y se entregue al maestro/proveedor directo del niño.

Social-Emocional

Formulario de información del niño

Nombre del niño: _____

Información adicional del niño			
<i>Se recomienda que este formulario se copie y se entregue al maestro/proveedor directo del niño.</i>			
Hábitos del niño:			
Temores del niño:			
Juguetes/Actividades/Intereses favoritos:			
¿Cómo consuela a su hijo?			
¿Cómo guía el comportamiento de su hijo?			
¿Puede proporcionarme alguna información adicional sobre su hijo que pueda ayudar a cuidarlo?			
Hábitos de baño			
¿Su hijo está entrenado para ir al baño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¡Tan cerca!	¿Su hijo le dice cuándo tiene que usar el baño? Si es así, ¿cómo?	
¿Su hijo es propenso a la dermatitis del pañal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Qué usa para tratar la dermatitis del pañal?	<input type="checkbox"/> Loción <input type="checkbox"/> Aceite <input type="checkbox"/> Polvo <input type="checkbox"/> Otros:
Hábitos de sueño			
¿Su hijo duerme en una cuna?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hábitos típicos de siesta y/u horas de siesta:	
Salud			
Condiciones físicas especiales y/o discapacidades:	<input type="checkbox"/> Sí: En caso afirmativo, explique: <input type="checkbox"/> No		
Medicamentos regulares:	<input type="checkbox"/> Sí: En caso afirmativo, explique: <input type="checkbox"/> No		
Alergias:	<input type="checkbox"/> Sí: En caso afirmativo, complete una hoja de información sobre alergias. <input type="checkbox"/> No		

Horario de cuidado infantil							
Día:	Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

Formulario de información del niño

Nombre del niño: _____

Horario de cuidado infantil							
Llegada:	AM / PM						
Salida	AM / PM						

**Debe cumplir con este horario de cuidado infantil. Si en algún momento, su horario cambia y necesita diferentes horas de atención, es su responsabilidad volver a enviar este formulario de información con las horas correctas.*

Restricciones de acceso parental
Si hay restricciones temporales o permanentes en el acceso de una persona a su hijo, lea y complete esta sección detenidamente. Tenga en cuenta lo siguiente: Si las personas restringidas son los padres biológicos del niño, para cumplir con los permisos que se indican a continuación, los programas DEBEN haber recibido una copia de todos los documentos judiciales relacionados con las órdenes de restricción, la custodia física o legal, la custodia compartida, etc. Sin documentación judicial, los programas/proveedores no pueden retener a un niño de sus padres biológicos.

Nombre de la persona restringida:	Relación con el niño:					
La persona mencionada anteriormente tiene permiso para ver al niño en los siguientes días:						
Domingo	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado

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

Nombre del padre/tutor (en letra de imprenta)

Relación con el niño

Firma del padre/tutor

Fecha