



Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island

Cuidado infantil con licencia: Formulario de información para bebés y niños en edad preescolar

Información sobre el niño	
Nombre completo del niño:	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Idioma principal:	Idioma secundario:

Información sobre el desarrollo infantil	
<i>Se recomienda que este formulario se copie y se entregue al maestro/proveedor directo del niño.</i>	
Social-Emocional	
Describa la personalidad de su hijo	
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 necesita usar el baño? Si es así, ¿cómo?	

Formulario de información del niño

Nombre del niño: _____

Información sobre el desarrollo infantil	
Se recomienda que este formulario se copie y se entregue al maestro/proveedor directo del niño.	
¿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 y desarrollo físico	
¿Su hijo puede	<input type="checkbox"/> sentarse de forma independiente? <input type="checkbox"/> mantenerse de pie independientemente? <input type="checkbox"/> caminar de forma independiente?
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
Hábitos alimenticios	
¿Su hijo actualmente:	<input type="checkbox"/> está en periodo de lactancia? <input type="checkbox"/> se alimenta con biberón? <input type="checkbox"/> utiliza actualmente un vaso para sorber?
Describa los hábitos alimenticios de su hijo (incluida la frecuencia)	

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