OKLAHOMA Human Services

Información del niño

Nombre del programa | K8 | Fecha

Información del Niño

Nombre del niño | Género | Fecha de nacimiento

Dirección del hogar | Ciudad | Oklahoma Estado

Dirección de correspondencia | Ciudad | Oklahoma Estado

Instrucciones para llegar | Código postal | Condado

Nombre del padre o tutor, adulto con quien vive el niño | Teléfono | Teléfono alternativo

Lugar de empleo | Teléfono de negocios | Correo electrónico

Nombre del padre o tutor, adulto con quien vive el niño | Teléfono | Teléfono alternativo

Lugar de empleo | Teléfono de negocios | Correo electrónico

Contacto de Emergencia

Indique las personas que deben notificarse en caso de emergencia, cuando no se puede contactar a los padres o al tutor. Indique por orden de preferencia:

Nombre	Teléfono

Registro de Vacunación

Adjunte una copia del registro de vacunación del niño. El registro de vacunación o excepción se obtiene antes del primer día de asistencia y debe actualizarse cuando el niño reciba vacunas adicionales. El padre/madre/tutor debe proporcionar una copia del actual registro de vacunas actualizado para el programa de cuidado infantil. Consulte el apéndice II, Vacunas, en requisitos para los programas de cuidado infantil para procedimientos de vacunación y exención.

Historia Clínica

Médico del niño o clínica _____ Teléfono _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado Oklahoma Código postal _____

☐ Entiendo que se obtiene un permiso firmado por los padres/tutor antes de la administración de cualquier medicamento a cualquier niño.

¿Su hijo tiene necesidades específicas que implican cuidado de rutina, modificación del comportamiento, comunicación, actividades de alimentación o sueño? Si la respuesta es sí, describa:

¿Su hijo tiene alergias conocidas? ○Sí ○No

Si la respuesta es sí, indique:

¿La alergia conocida requiere precauciones, acciones o medicamentos especiales? ☐Sí ☐No

Si la respuesta es sí, describa:

Describa las precauciones especiales para dieta, medicación o actividad, en su caso:

¿Hay otras consideraciones especiales que ayudarían a este programa en la atención de su hijo? Si la respuesta es sí, describa:

¿Su hijo recibirá servicios especializados de los profesionales de fuera del personal de este programa? ☐Sí ☐No

☐ Si la respuesta es sí, entiendo que se requiere un permiso de los padres firmado y fechado.

¿Doy permiso para que el personal del programa consulte con personal especializado con respecto a las necesidades de mi hijo? ☐Sí ☐No

Transporte

☐ No doy permiso para que mi hijo sea transportado.

☐ Doy permiso para que mi hijo sea transportado por este programa en las siguientes circunstancias:

Seleccione todas las que correspondan:

- ☐ Cuando se produzca una situación de emergencia y no me puedan contactar
- ☐ Excursiones
- ☐ Hacia y desde el hogar

Hora de llegada: _____ Hora de recogida: _____

Plan específico para transferencia y supervisión:

- ☐ Hacia y desde el hogar

Hora de llegada: _____ Hora de recogida: _____

Plan específico para transferencia y supervisión:

- ☐ Otro, especifique:

Permiso de recogida

Personas que tienen permiso para recoger a mi hijo:

Nombre	Teléfono

Firma

Entiendo que este formulario es suministrado por el Servicios Humanos de Oklahoma (OKDHS) para la conveniencia del programa de cuidado infantil y que yo ayude con el cuidado de mi hijo. El suministro de este formulario de ninguna manera impone responsabilidades u obligaciones al OKDHS.

Las políticas del programa se proporcionan a los padres durante la inscripción y cuando se hagan revisiones.

Selección de cuidado infantil de calidad - Guía para padres, publicación de DHS 87-91, Requisitos de licencia para programas de cuidado infantil, publicación de DHS 14-05, y el archivo de cumplimiento del programa son accesibles a los padres en un lugar prominente.

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

Child Care Program Use

Date child entered program: _____ Date child withdrawn: _____