

Fecha en que se completó la solicitud \_\_\_\_\_

Fecha de inscripción \_\_\_\_\_

### SOLICITUD DE NIÑOS PARA LA INSCRIPCIÓN

#### I-CARE, Inc. - Head Start

Debe completarse, firmarse y archivar en la instalación el primer día y actualizarse a medida que ocurran los cambios y al menos una vez al año.

#### INFORMACIÓN DEL NIÑO:

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Preferencia de Centro \_\_\_\_\_

Nombre completo: \_\_\_\_\_  
Primer Segundo Nombre Apellido apodo

Dirección física del niño: \_\_\_\_\_

Etnicidad: Negro  Blanco  Asiático  Hispano  Otro

Seguro: Medicaid \_\_\_\_\_ Privado: \_\_\_\_\_ Sin seguro \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN FAMILIAR:

El niño vive con: \_\_\_\_\_

Nombre del padre / tutor: \_\_\_\_\_ Étnico: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la del niño): \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono del hogar \_\_\_\_\_

Educación: GED  Predatorio  Un poco colegió  Colegió/ Universidad

Empleo: Tiempo completo  Tiempo parcial  Desempleado  Inscrito en Escuela

Nombre de la madre / tutor: \_\_\_\_\_ Étnico: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la del niño): \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ Teléfono de la casa \_\_\_\_\_

Educación: GED  Preparatorio  Un poco de colegió  Colegió/ Universidad

Empleo: Tiempo completo  Tiempo parcial  Desempleado

Otros en el hogar	Fecha de nacimiento	Sexo (M/F)

Correo electronico Familiar: \_\_\_\_\_

¿Tiene el niño una discapacidad diagnosticada?  Si  No  IEP

¿Está el niño en cuidado de otro fuera del hogar?  Si  No En Donde \_\_\_\_\_ Vale de guardería:  Si  No

#### CONTACTOS:

El niño será entregado solo a los padres / tutores mencionados anteriormente. El niño también puede ser entregado a las siguientes personas, según lo autorice la persona que firma esta solicitud. En caso de una emergencia, si no se puede contactar a los padres / tutores, la instalación tiene permiso para comunicarse con las siguientes personas.

Nombre	Relación	Dirección	Número de teléfono
Nombre	Relación	Dirección	Número de teléfono
Nombre	Relación	Dirección	Número de teléfono
Nombre	Relación	Dirección	Número de teléfono
Nombre	Relación	Dirección	Número de teléfono
Nombre	Relación	Dirección	Número de teléfono

**NECESIDADES DE CUIDADO DE SALUD:**

Para cualquier niño con necesidades de atención médica, como alergias, asma u otras condiciones crónicas que requieran servicios de salud especializados, se adjuntará un plan de acción médica a la solicitud. El plan de acción médica debe ser completado por el padre o al doctor del niño. ¿Hay un plan de acción médica adjunto?  Sí  No (uso exclusivo de la oficina)

Enumere las alergias y los síntomas y el tipo de respuesta requerida para las reacciones alérgicas.

Enumere cualquier necesidad o preocupación de atención médica, síntomas y tipo de respuesta para estas necesidades o inquietudes de atención médica.

Enumere cualquier temor particular o características de comportamiento únicas que el niño tenga

Enumere cualquier tipo de medicamento tomado para las necesidades de atención médica.

Comparta cualquier otra información que tenga relación directa asegurando un tratamiento médico para su hijo.

**Necesidades nutricionales:**

¿Tiene el niño necesidades dietéticas especiales?  Si  No Si la respuesta es afirmativa, explique: \_\_\_\_\_

El niño necesita leche especial:  Si  No En caso afirmativo, indique \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA:**

Nombre del doctor del niño \_\_\_\_\_ Teléfono de la oficina: \_\_\_\_\_

Nombre del dentista del niño \_\_\_\_\_ Teléfono de la oficina: \_\_\_\_\_

Hospital que prefiere \_\_\_\_\_ Teléfono del hospital: \_\_\_\_\_

Yo, como padre / madre / tutor, autorizo al centro a obtener atención médica para mi hijo en una emergencia.

**Firma del padre / madre / tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Yo, como operador, estoy de acuerdo en proporcionar transporte a un recurso médico apropiado en caso de emergencia. En una situación de emergencia, otros adultos en la instalación serán supervisados por un adulto responsable. No administraré ningún medicamento o medicamento sin instrucciones específicas del médico o del padre, tutor o custodio de tiempo completo del niño.

**Firma del administrador:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_