

Apéndice D Solicitud de niño

Jefe de hogar:	Fecha de nacimiento:
Información del niño	
El nombre del niño:	Fecha de nacimiento:
Nombre preferido del niño: _____	
Este niño vive con:	Relación:
¿Tiene la custodia del niño mencionado anteriormente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Compartido	
Si no, proporcione el nombre legal de la persona que tiene la custodia legal: _____	
Si es custodia compartida, ¿con quién comparte la custodia? _____	

Información del contacto			
Dirección del padre/tutor:	_____	_____	_____
	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono primario:	_____		
Dirección del padre/tutor:	_____	_____	_____
	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono primario:	_____		

Información sobre el cuidado de niños	
¿El niño mencionado anteriormente está inscrito actualmente en un programa educativo o de cuidado infantil de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, ¿de qué tipo? <input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Hogar de cuidado infantil familiar <input type="checkbox"/> Casa de un familiar <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Preescolar	
<input type="checkbox"/> Otro: _____ ¿En qué horario necesita cuidado de niños? _____	
¿Tiene una autorización de subsidio de cuidado de niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En caso afirmativo, ¿ha proporcionado prueba de la documentación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Desarrollo del Niño	
¿Usted u otras personas tienen inquietudes acerca de la salud y el desarrollo general de su hijo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Quién ha expresado preocupaciones?	
<input type="checkbox"/> Médico de Atención Primaria <input type="checkbox"/> Proveedor Médico <input type="checkbox"/> Proveedor de Primera Infancia <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Otro (Especifique)	
En caso afirmativo, describa las preocupaciones:	
¿Tiene su hijo una discapacidad documentada, un IEP/IFSP certificado o necesita servicios de asistencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene alguna preocupación sobre el estado de ánimo o el comportamiento de su hijo? (Por ejemplo, llanto excesivo, comportamiento agresivo, rabietas o comportamiento sexual)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, describa las preocupaciones:	

Información nutricional	
¿Tiene su hijo alergia alimentaria?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿a qué es la alergia?	Describa cualquier reacción:
¿Su hijo sigue una dieta especial prescrita por un médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	En caso afirmativo explicar:
Enumere los alimentos que no come por motivos médicos, religiosos o personales:	
Complete las siguientes dos preguntas solo si su hijo tiene entre 0 y 12 meses.	
¿Qué bebe tu bebé?	<input type="checkbox"/> Leche materna <input type="checkbox"/> Fórmula (Especifique marca)
	<input type="checkbox"/> Leche
¿Qué come tu bebé?:	

Información del hogar médico	
Médico/clínica:	Teléfono:
Dentista:	Teléfono:
Especialista:	Teléfono:
Tipo de seguro médico:	<input type="checkbox"/> Programa estatal <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Nativo <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Ninguno
	<input type="checkbox"/> Otro:
Nombre del proveedor de seguros:	¿Cobertura dental incluida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Número de póliza de seguro o
identificación: _____

Fecha de vencimiento del
seguro: _____

Vacunas actuales requeridas al momento de la inscripción

Historial médico

¿Alguna vez ha sido hospitalizado u operado su hijo?: Sí No

En caso
afirmativo
explicar: _____

¿Alguna vez su hijo ha tenido un accidente
grave?: Sí No

En caso
afirmativo
explicar: _____

Identifique cualquier condición de salud pasada o presente que haya tenido su hijo:

Anemia

Diabetes

Asma

Dificultades auditivas

Soplo cardiaco

Problemas para masticar o
tragar

Usa audífono

Enfermedad de células
falciformes

Estreñimiento frecuente

Problemas de visión

Alergias

Diarrea frecuente

Se recetan anteojos

Eccema

¿Su hijo toma medicamentos en casa?: Sí No

¿Su hijo necesitará tomar medicamentos mientras esté
bajo cuidado? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre del
medicamento? _____

¿Por qué su hijo toma la medicación? _____

Firma del padre/tutor: _____

Fecha

:

Escriba el nombre del
padre/tutor: _____