

Nombre del Niño _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____

Fecha de Admisión _____ Centro _____ Fecha de Terminación _____

Información del Padre 1/Tutor 1

Nombre _____
 Teléfono en casa _____
 Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____
 Empleo/Escuela _____
 Teléfono del Trabajo/Escuela _____
 Celular _____ Correo Electrónico _____
 Fecha de Nacimiento _____

Información del Padre 2/Tutor 2

Nombre _____
 Teléfono en casa _____
 Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____
 Empleo/Escuela _____
 Teléfono del Trabajo/Escuela _____
 Celular _____ Correo Electrónico _____
 Fecha de Nacimiento _____

Otras personas a quien llamar en caso de emergencia

1. _____ Paresco _____ Teléfono _____
 1. _____ Paresco _____ Teléfono _____
 1. _____ Paresco _____ Teléfono _____

Médico o dentista a quien llamar en caso de emergencia

Médico _____	Dentista _____
Plan Médico y Número _____	Plan Médico y Número _____
Dirección _____	Dirección _____
Teléfono _____	Teléfono _____

Si no se puede contactar al médico/dentista, ¿qué acción debería tomarse?

Llamar al Hospital de Emergencia Otro (explica abajo): _____

Alergias

Medicamentos _____
 Insectos _____
 Comidas _____
 Otro _____
 Fecha de última vacuna de Tétano _____

Necesidades Especiales

Medicamentos _____
 Insectos _____
 Comidas _____
 Otro _____

Permiso para Recibir Tratamiento Médico de Emergencia: En el caso que sea imposible recibir mis instrucciones, yo el que suscribe como padre o representante autorizado, doy consentimiento por este medio al personal del Centro de Cuidado Infantil de Catalyst Kids para que obtenga todo el cuidado médico o dental de emergencia prescrito por un médico debidamente licenciado (MD), osteópata (DO) o dentista (DDS) para el niño nombrado en esta tarjeta. Este cuidado puede ser dado bajo cualesquiera condiciones que sean necesarias para preservar la vida, extremidad o bienestar del niño. Además autorizo al personal del Centro de Cuidado Infantil de Catalyst Kids arreglar el transporte en caso de un accidente o enfermedad aguda del niño. Cualquier costo incurrido en el tratamiento que no sea cubierto por el seguro de Catalyst Kids o mi seguro personal, será pagado por mí.

El padre/tutor que firma esta tarjeta acepta la responsabilidad por esta información. Sólo el padre/tutor puede cambiar la información. La ley de California da igual acceso a los expedientes e información relacionada del niño a los padres/tutores que tienen la custodia legal compartida menos que ésta sea cambiada por una orden judicial válida.

 Firma del Padre 1/Tutor 1

 Fecha

 Firma del Padre 2/Tutor 2

 Fecha