

| <b>Formulario de inscripción para cuidado infantil</b><br>Child Care Registration Form                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                  | Fecha en que el niño<br>ingresó al cuidado   | Fecha en que el niño<br>dejó el cuidado |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------|------------------|------------------|----------------------|--|---------------|---------------|---------------|--|---------------|---------------|---------------|--|---------------|---------------|---------------|--|---------------|---------------|---------------|----------------------------|------------------|------------------|----------------------|--|---------------|---------------|---------------|--|---------------|---------------|---------------|--|---------------|---------------|---------------|--|---------------|---------------|---------------|
| Nombre del niño (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                  | Nombre que usa (apodo)                       | Fecha de nacimiento                     |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |
| Dirección                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                  | Ciudad                                       | Código postal                           |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |
| Nombre del padre, la madre o el tutor del<br>niño                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Encierre el mejor número para llamarle mientras cuidamos al niño |                                              |                                         |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | teléfono celular<br>(     )     -                                | teléfono de casa<br>(     )     -            | teléfono alternativo<br>(     )     -   |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |
| Dirección                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                  | Ciudad                                       | Código postal                           |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |
| Nombre del padre, la madre o el tutor del<br>niño                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Encierre el mejor número para llamarle mientras cuidamos al niño |                                              |                                         |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | teléfono celular<br>(     )     -                                | teléfono de casa<br>(     )     -            | teléfono alternativo<br>(     )     -   |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |
| <p><i>Otorgo mi permiso para que se comuniquen con cualquiera de las siguientes personas y le hagan entrega de mi niño.</i></p> <p><i>Firma del padre/madre/tutor: _____ Fecha: _____</i></p> <p><b>En caso de emergencia, si no pueden comunicarse conmigo, contacten a la siguiente persona:</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nombre (nombre y apellido)</th> <th>teléfono celular</th> <th>teléfono de casa</th> <th>teléfono alternativo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>(     )     -</td> <td>(     )     -</td> <td>(     )     -</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(     )     -</td> <td>(     )     -</td> <td>(     )     -</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(     )     -</td> <td>(     )     -</td> <td>(     )     -</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(     )     -</td> <td>(     )     -</td> <td>(     )     -</td> </tr> </tbody> </table> <p>Estas personas también tienen permiso para recoger a mi niño:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nombre (nombre y apellido)</th> <th>teléfono celular</th> <th>teléfono de casa</th> <th>teléfono alternativo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>(     )     -</td> <td>(     )     -</td> <td>(     )     -</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(     )     -</td> <td>(     )     -</td> <td>(     )     -</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(     )     -</td> <td>(     )     -</td> <td>(     )     -</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(     )     -</td> <td>(     )     -</td> <td>(     )     -</td> </tr> </tbody> </table> |                                                                  |                                              |                                         | Nombre (nombre y apellido) | teléfono celular | teléfono de casa | teléfono alternativo |  | (     )     - | (     )     - | (     )     - |  | (     )     - | (     )     - | (     )     - |  | (     )     - | (     )     - | (     )     - |  | (     )     - | (     )     - | (     )     - | Nombre (nombre y apellido) | teléfono celular | teléfono de casa | teléfono alternativo |  | (     )     - | (     )     - | (     )     - |  | (     )     - | (     )     - | (     )     - |  | (     )     - | (     )     - | (     )     - |  | (     )     - | (     )     - | (     )     - |
| Nombre (nombre y apellido)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | teléfono celular                                                 | teléfono de casa                             | teléfono alternativo                    |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | (     )     -                                                    | (     )     -                                | (     )     -                           |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | (     )     -                                                    | (     )     -                                | (     )     -                           |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | (     )     -                                                    | (     )     -                                | (     )     -                           |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | (     )     -                                                    | (     )     -                                | (     )     -                           |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |
| Nombre (nombre y apellido)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | teléfono celular                                                 | teléfono de casa                             | teléfono alternativo                    |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | (     )     -                                                    | (     )     -                                | (     )     -                           |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | (     )     -                                                    | (     )     -                                | (     )     -                           |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | (     )     -                                                    | (     )     -                                | (     )     -                           |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | (     )     -                                                    | (     )     -                                | (     )     -                           |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |
| Información sobre la salud del niño                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                  |                                              |                                         |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |
| Proveedor de atención médica del niño o institución médica preferida de los padres o tutores<br>Nombre: _____ Teléfono: (     )     -<br>Dirección: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                  | Último examen físico<br>del niño, de haberlo |                                         |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |
| Proveedor de atención dental del niño o institución dental preferida de los padres o tutores<br>Nombre: _____ Teléfono: (     )     -<br>Dirección: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                  | Último examen dental<br>del niño, de haberlo |                                         |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |
| Trastornos de salud conocidos (se requiere un plan de cuidado individual del proveedor de atención médica del niño si<br>tiene alguna alergia a alimentos o necesita una dieta especial debido a un trastorno médico).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                  |                                              |                                         |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |                            |                  |                  |                      |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |  |               |               |               |

| Consentimiento para dar atención médica y tratamiento a niños menores de edad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       |                             |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------|-------|
| <p>Otorgo mi permiso para que mi niño, _____ pueda recibir primeros auxilios o tratamiento de emergencia por parte del encargado de cuidado infantil o el personal calificado de:</p> <p>Nombre del licenciario: _____</p> <p>Dirección del licenciario: _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |       |                             |       |
| Firma del padre/madre/tutor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Fecha | Firma del padre/madre/tutor | Fecha |
| <p>Cuando no puedan comunicarse conmigo, autorizo y consiento que un médico autorizado, proveedor de atención médica, hospital o personal de servicios de emergencias administre tratamiento y procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios a mi niño cuando el médico o personal de servicios de emergencia lo considere necesario o aconsejable para salvaguardar la salud de mi niño. Renuncio a mi derecho de consentimiento informado para dicho tratamiento.</p> <p>También otorgo mi permiso para que mi niño sea trasladado en ambulancia o vehículo de emergencias a un centro de emergencias para recibir tratamiento.</p> <p>Certifico bajo pena de perjurio de acuerdo con las leyes del estado de Washington que esta información es verdadera y correcta.</p> |       |                             |       |
| Firma del padre/madre/tutor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Fecha | Firma del padre/madre/tutor | Fecha |