



# INFORMACIÓN PARA EMERGENCIAS Y IDENTIFICACION

(Debe ser llenado por el padre o guardián y actualizado durante la re-certificación y cuando ocurran cambios)

I. INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA		
Su Nombre:	Numero de Teléfono:	# de Caso:
Domicilio:	Ciudad: <b>CA</b> Estado:	Código Postal:
Nombre de su Cónyuge:	# de Teléfono de cónyuge:	
Domicilio de Cónyuge:	Ciudad: Estado:	Código Postal:

**¿Viven ambos padres biológicos en el hogar con el niño(a)?**    **SI**    **NO**

II. INFORMACIÓN DE LOS NIÑO(A)S	
Nombre de niño(a) #1: _____ Fecha de nacimiento: _____ Es usted: <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> No-Pariente: _____	Nombre de niño(a) #2: _____ Fecha de nacimiento: _____ Es usted: <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> No-Pariente: _____
Nombre de niño(a) #3: _____ Fecha de nacimiento: _____ Es usted: <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> No-Pariente: _____	Nombre de niño(a) #4: _____ Fecha de nacimiento: _____ Es usted: <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> No-Pariente: _____
Nombre de niño(a) #5: _____ Fecha de nacimiento: _____ Es usted: <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> No-Pariente: _____	Nombre de niño(a) #6: _____ Fecha de nacimiento: _____ Es usted: <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> No-Pariente: _____
Nombre de niño(a) #7: _____ Fecha de nacimiento: _____ Es usted: <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> No-Pariente: _____	Nombre de niño(a) #8: _____ Fecha de nacimiento: _____ Es usted: <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> No-Pariente: _____

### III. NOMBRE DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA RECOGER AL NIÑO/NIÑA DE ESTE LOCAL

(No se permitirá al niño/niña salir del lugar con ninguna otra persona sin autorización escrita del padre o guardián)

Nombre:	Teléfono:	Relación con el niño/a:
Nombre:	Teléfono:	Relación con el niño/a:
Nombre:	Teléfono:	Relación con el niño/a:

### IV. INFORMACION DE MÉDICO A QUIEN LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del Hospital o Clínica:	Nombre del Doctor:
Domicilio:	Numero de Teléfono:
Ciudad:                      Estado:                      Código Postal:	¿Tienen seguro médico o Medi-cal? <input type="checkbox"/> <b>YES</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> Si respondió "Si", cual es el número del seguro medico o Medi-cal:

**De no estar disponible el doctor, ¿Qué acción desea que se lleve a cabo?**

### VI. ALERGIAS U OTROS PROBLEMAS MÉDICOS

--

### VII. PERMISO PARA TRATAMIENTO MÉDICO

Los procedimientos utilizados en la administración de atención médica a niños en ausencia de los padres varían de acuerdo al personal y las facilidades médicas que los proporcionan. Debe verificar por adelantado el proceso a seguir requerido por su médico o el hospital en casos de emergencia.

*En caso de accidente o emergencia autorizo a que un miembro del personal de la agencia para el desarrollo del niño lleve a mi hijo/hija al doctor arriba indicado o al hospital más cercano para recibir tratamiento de emergencia o cualquier otra asistencia que sea necesaria para la seguridad y protección de mi hijo/hija. Entiendo que es mi responsabilidad cubrir el costo de dichos servicios.*

**Firma de Padre/Madre o Guardián:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_