

CFS 428
Rev. 4/2001

Estado de Illinois
Departamento de Servicios para Niños y Familias

SOLICITUD/REGISTRO DE INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____

DIRECCIÓN _____

Fecha de recepción del niño _____ Fecha de nacimiento del niño _____

PADRE, MADRE U OTRA (S) PERSONA(S) QUE COLOCAN AL NIÑO

Nombre _____ Nombre _____

Relación con el niño _____ Relación con el niño _____

Dirección particular _____ Dirección particular _____

Número de teléfono _____ Número de teléfono _____

Lugar de trabajo _____ Lugar de trabajo _____

DIRECCIÓN _____ DIRECCIÓN _____

Número de teléfono _____ Número de teléfono _____

Horario laboral _____ Horario laboral _____

OTRA PERSONA A LA QUE SE DEBE NOTIFICAR SI NO SE PUEDE CONTACTAR CON LA PERSONA QUE CUBRE AL NIÑO.

Nombre _____ DIRECCIÓN _____

Número de teléfono _____ Relación _____

SE DEBE LLAMAR AL MÉDICO SI EL NIÑO SE ENFERMA O SE LESIONA.

Nombre _____ DIRECCIÓN _____

Número de teléfono _____ Hospital o clínica _____

PROGRAMA

Días por semana _____ Horario de atención _____

Tarifa de pago (opcional) _____

Firma del padre o tutor legal u otra persona que coloque al niño

Firma del cuidador

Fecha

El titular de la licencia debe conservar un formulario completamente cumplimentado para cada niño que no sea pariente suyo . Por favor, tenga este formulario disponible en todo momento . Horarios para representantes de licencias del Departamento de Servicios para Niños y Familias . Comuníquese con la Oficina Regional para obtener este formulario.

Si el niño presenta alguno de los siguientes síntomas, por favor explique:

Problemas médicos _____

discapacidades físicas _____

Restricciones para jugar al aire libre _____

Restricciones para jugar en interiores _____

Alergias _____

Le gusta la comida _____

Aversión a ciertos alimentos _____

Miedos _____

¿ El niño toma una siesta? _____ Tiempo _____ Longitud _____

¿ El niño ya usa el orinal ? _____

¿ El niño tiene nombres especiales para los objetos? (orinal, galletas, bebidas, etc.) _____

¿ El niño toma medicamentos con regularidad ? _____ En caso afirmativo, ¿qué tipo y direcciones? _____

Si el niño es un bebé, ¿cuáles son las instrucciones de alimentación? _____

Tiempo _____ Cantidad _____ Temperatura _____

Cambio de pañales : Polvo _____ Ungüento _____

Otra información que ayudará en el cuidado del niño . _____

Comentarios:
