

# Formulario de registro para cuidado de niños de Colorado

Fecha de registro: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Apodo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Sexo: M F Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Familiares: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre o tutor: \_\_\_\_\_

Dirección si difiere de la del niño: \_\_\_\_\_

Cód. postal: \_\_\_\_\_ Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Nombre del empleo (madre/tutor): \_\_\_\_\_

Dirección de empleo: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_

Dirección si difiere de la del niño: \_\_\_\_\_

Cód. postal: \_\_\_\_\_ Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Nombre del empleo (padre/tutor): \_\_\_\_\_

Dirección de empleo: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_

Instrucciones especiales para contactar al padre o tutor: \_\_\_\_\_

## Contactos de emergencias:

**1.** Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono laboral: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_

**2.** Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono laboral: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_

## Información sobre el retiro del niño

Personas autorizadas a retirar a su niño  
(deben presentar un documento de identidad con foto)

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono del hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_

Nombre, dirección y número de teléfono del doctor del niño: \_\_\_\_\_

Nombre, dirección y número de teléfono del dentista del niño: \_\_\_\_\_

Hospital o preferencia (marque una opción):  The Children's Hospital  
13123 East 16th Ave  
Aurora, CO 80045  
720-777-1234

Denver Health Emergency Department  
777 Bannock St Pavilion A,  
Denver, CO 80204  
303-436-6000

Otro \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Condiciones médicas crónicas: \_\_\_\_\_

¿Su niño tiene algún plan de salud? \_\_\_\_\_

\*Si es así, debe suministrar el plan de salud el primer día o antes del inicio de los cuidados del niño.

¿Su niño está completamente vacunado? \_\_\_\_\_

\*Debe suministrar los registros completos de vacunación el primer día o antes del inicio de los cuidados del niño.



## Historia clínica

(Crónica o recurrente)

Infecciones de oído: \_\_\_\_\_

Diabetes: \_\_\_\_\_

Enfermedad/insuficiencia cardiaca: \_\_\_\_\_

Convulsiones/ataques: \_\_\_\_\_

Asma: \_\_\_\_\_

Hemorragias nasales: \_\_\_\_\_

Sarampión: \_\_\_\_\_

Paperas: \_\_\_\_\_

Varicela: \_\_\_\_\_

Gripe o vacuna antigripal: \_\_\_\_\_

## Alergias

(Origen de la reacción)

Fiebre del heno: \_\_\_\_\_

Intoxicación por plantas: \_\_\_\_\_

Picaduras de insectos: \_\_\_\_\_

Penicilina: \_\_\_\_\_

Otras drogas: \_\_\_\_\_

Animales: \_\_\_\_\_

Alimentos: \_\_\_\_\_

Otra: \_\_\_\_\_

Operaciones o lesiones graves (fechas): \_\_\_\_\_

¿El niño toma algún medicamento? (explique): \_\_\_\_\_

Si es así, especifique: \_\_\_\_\_

Limitaciones físicas: \_\_\_\_\_ Especifique si las hay: \_\_\_\_\_

Restricciones alimentarias: \_\_\_\_\_ Especifique si las hay: \_\_\_\_\_

Visión: \_\_\_\_\_ Audición: \_\_\_\_\_

¿Hay alguna actividad en la que prefiera que su niño **NO** participe?

Si es así, indique cuáles: \_\_\_\_\_

Por la presente, autorizo a \_\_\_\_\_ a llamar a un doctor o a los servicios médicos de emergencia y que el doctor, el hospital o el servicio médico suministren atención quirúrgica o médica de emergencia a mi niño, \_\_\_\_\_.

Se entiende que el proveedor de servicios de cuidado de niños hará todo lo posible por localizar a los padres/tutores y a los contactos de emergencia que aparecen en el documento de registro antes de tomar cualquier determinación. De no ser posible localizar a los contactos de emergencia indicados, no se retrasará el tratamiento. Yo/nosotros asumimos la responsabilidad del transporte de emergencia y el tratamiento médico o quirúrgico.

Firmas de los padres/tutores:

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

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